



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**EL INFORME DEL USUARIO COMO INSTRUMENTO PARA EVALUAR  
CALIDAD PERCIBIDA Y CIENTÍFICO-TÉCNICA  
EN FISIOTERAPIA**

**D<sup>a</sup>. ANA BELÉN MESEGUER HENAREJOS**

**2007**

# TÍTULO

---

**EL INFORME DEL USUARIO COMO INSTRUMENTO PARA EVALUAR CALIDAD PERCIBIDA Y CIENTÍFICO-TÉCNICA EN FISIOTERAPIA**

# AGRADECIMIENTOS

---

A mis padres, José y Josefa a quienes les debo todo.  
A Miguel por su paciencia, aliento constante y apoyo incondicional.  
A toda mi familia.

También expreso mi agradecimiento:

Al Dr. Francesc Medina i Mirapeix, por ser un ejemplo de planificación y constancia en el trabajo.  
Gracias por haberme ofrecido la oportunidad de realizar esta tesis.

A los fisioterapeutas de los centros de Atención Primaria de la Región de Murcia, especialmente a Ana María Fernández, Nuria Hernández, M<sup>a</sup> Carmen Hidalgo, Inmaculada Argente y José Uribe, porque su tiempo y constante colaboración han sido imprescindibles para realizar este trabajo.

A mis amigos Cristina Sánchez Gil, Fina García Palma, Esther Berrio López, Juan Francisco Nicolás y Jose María Baños Hurtado por su consideración hacia mí y por ser luz en los días de tiniebla.

Al Fondo de investigaciones sanitarias (FIS) y al programa EMCA de la Conserjería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, por su colaboración en la financiación de este trabajo.

A los pacientes, de los que depende toda nuestra labor y a otras personas a las que pudiera olvidar en este instante, y que han contribuido también en la realización de este trabajo.

Los resultados parciales de esta tesis han sido:

*A) Presentados en Congresos:*

Meseguer AB, Medina F, Navarrete S, Saturno PJ, Valera JF, Montilla J. Dimensiones de la calidad asistencial percibidas por pacientes con cervicalgia en unidades de fisioterapia. XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial. Murcia. 2001.

Meseguer AB, Medina F, Montilla J, Fernández N, Escolar P, Bueno JM. What is the perceived quality of the care provided by the physiotherapists in the Spanish primary health care centers?. EQuip. Brussels. 2004.

Medina F, Meseguer AB, Montilla J, Fernández N, Hernández AM, Bueno JM. The reliability and additional information provided by a questionnaire for monitoring the use of exercises. WONCA. 2004.

Meseguer AB, Medina F, Escolar P, Hidalgo MC, Orden MP, Montilla J. Problemas de calidad percibida por los usuarios de fisioterapia. V Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial. Murcia. 2005.

Meseguer AB, Medina F, Escolar P, Lillo MC. Calidad de las instrucciones y seguimiento de los ejercicios terapéuticos recomendados a los pacientes. I Congreso Iberoamericano de Fisioterapia y Kinesiología. Oviedo. 2006.

Meseguer AB, Medina F, Montilla J, Escolar P, Jimeno FJ, Saturno PJ. Validez del informe del paciente para evaluar y monitorizar la calidad en el uso de ejercicios en fisioterapia. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo. 2006.

*B) Publicados en Revistas:*

Medina F, Meseguer AB, Navarrete S, Saturno PJ, Valera JF, Montilla J. Calidad percibida por los usuarios de fisioterapia en Atención Primaria. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. 2005; 8 (1): 3-10.

Medina F, Meseguer AB, Montilla J, Escolar P, Collins SM, Saturno PJ. Reliability and validity of patients' reports for physical therapy quality assessment. an empirical analysis regarding the use of exercises for neck pain in Spain. Journal of Rehabilitation Medicine. 2006; 38 (6): 354-359.

# ÍNDICE

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	11
<b>2. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>	21
<b>2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b>	25
2.1.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	25
2.1.2. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA	27
2.1.3. CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN	28
2.1.4. CERVICALGIA	32
<b>2.2. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA</b>	34
2.2.1. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON CALIDAD PERCIBIDA	34
2.2.1.1. Atributos genéricos	35
2.2.1.2. Atributos específicos relacionados con algias vertebrales	40
2.2.2. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA EN LA CERVICALGIA MECÁNICA SUBAGUDA Y CRÓNICA	42
<b>2.3. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA</b>	45
2.3.1. PERSPECTIVAS DE LA EVALUACIÓN	50
2.3.2. HERRAMIENTAS DE LA EVALUACIÓN	51
2.3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	53
<b>2.4. EL INFORME DEL USUARIO COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN</b>	57
2.4.1. CONCEPTO	57
2.4.2. UTILIDAD DEL INFORME DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	57
2.4.3. ESTUDIOS SOBRE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INFORME DEL USUARIO	59
2.4.3.1. Fiabilidad del Informe del Usuario	59
2.4.3.2. Validez del Informe del Usuario	60
2.4.4. RECOMENDACIONES REALIZADAS PARA LA ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO	62

<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	91
<b>3.1. ESTUDIO CUALITATIVO DE IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS O ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA</b>	94
3.1.1. DISEÑO	94
3.1.2. ÁMBITO DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	94
3.1.3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	95
3.1.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS	97
<b>3.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO SOBRE ASPECTOS RELATIVOS A LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA</b>	98
3.2.1. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO TIPO INFORME	98
3.2.1.1. Objetivos del cuestionario	98
3.2.1.2. Identificación y selección de las preguntas	98
3.2.1.3. Formulación de las preguntas	103
3.2.1.4. Estructura general del cuestionario	103
3.2.1.5. Pretest cognitivo y propuestas de modificación	104
3.2.2. DISEÑO	105
3.2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	108
3.2.4. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	109
3.2.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS	111
<b>3.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN FISIOTERAPIA MEDIANTE EL INFORME DEL USUARIO</b>	118
3.3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	118
3.3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	118
3.3.3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	119
3.3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO	120
3.3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS	123
<b>4. RESULTADOS</b>	131
<b>4.1. IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS O ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA</b>	133
<b>4.2. VALIDACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO SOBRE ASPECTOS RELATIVOS A LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA</b>	138
4.2.1. MAGNITUD DE LA RESPUESTA	138
4.2.2. ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS RELACIONADOS CON CALIDAD PERCIBIDA	140
4.2.3. ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS RELACIONADOS CON CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA	144

<b>4.3.EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN FISIOTERAPIA MEDIANTE EL INFORME DEL USUARIO</b>	149
4.3.1. ACEPTABILIDAD DEL CUESTIONARIO	149
4.3.2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS DE CALIDAD PERCIBIDA	151
4.3.2.1. Indicadores Simples	151
4.3.2.2. Indicadores Compuestos	153
4.3.3. COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PROBLEMAS ENTRE CENTROS DE SALUD	155
<b>5. DISCUSIÓN</b>	161
<b>6. CONCLUSIONES</b>	181
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	185
<b>8. ANEXOS</b>	227

## TABLAS

Tabla 1. Las seis dimensiones clave de la calidad (IOM, 2001).	25
Tabla 2. Dimensiones de la Calidad de la atención según diversos esquemas.	26
Tabla 3. Atributos relacionados con la calidad percibida.	35
Tabla 4. Definición de atributos de calidad percibida, según Parasuraman et al (1988).	36
Tabla 5. Dimensiones identificadas de la satisfacción del paciente.	38
Tabla 6. Dimensiones de satisfacción del paciente y porcentajes y frecuencias con la que aparecen en 221 estudios analizados.	39
Tabla 7. Definición de dimensiones de satisfacción del paciente.	39
Tabla 8. Aspectos del tratamiento para pacientes con dolor de espalda que han expresado percepciones negativas o insatisfacción.	41
Tabla 9. Modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia sólida y moderada de beneficio y de no beneficio.	43
Tabla 10. Modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia limitada de beneficio.	47
Tabla 11. Características de los criterios para evaluar la calidad.	51
Tabla 12. Enfoques de las encuestas de opinión e informe de los usuarios.	55
Tabla 13. Características de una pregunta bien hecha.	62
Tabla 14. Guión de la entrevista grupal.	97
Tabla 15. Variables relacionadas con Calidad Percibida.	99
Tabla 16. Variables relacionadas con Calidad Científico-técnica.	101
Tabla 17. Variable satisfacción.	102
Tabla 18. Variables sociodemográficas y de asistencia previa.	103
Tabla 19. Secciones del cuestionario.	104
Tabla 20. Opciones de respuesta que se consideraron problema en el cuestionario inicial.	113
Tabla 21. Dimensiones en las que se agruparon las preguntas del cuestionario.	115
Tabla 22. Variables relacionadas con calidad percibida.	121
Tabla 23. Opciones de respuesta que se consideraron problema en el cuestionario inicial.	122
Tabla 24. Indicadores simples sobre problemas de calidad percibida.	125
Tabla 25. Indicadores compuestos de calidad percibida.	125
Tabla 26. Distribución de las afirmaciones obtenidas por la zona de ubicación del centro de salud.	133
Tabla 27. Definición de las dimensiones identificadas.	134

Tabla 28. Principales aspectos de las dimensiones y ejemplos de las mismas.	135
Tabla 29. Distribución de las afirmaciones por centro de acuerdo a cada dimensión.	137
Tabla 30. Tasa de respuesta por unidades de fisioterapia.	138
Tabla 31. Realización y efectividad del recordatorio telefónico por centros.	139
Tabla 32. Características de la población de estudio y diferencias entre los que responden y los que no responden.	140
Tabla 33. Capacidad de discriminación de los ítems del cuestionario sobre el nivel de satisfacción.	142
Tabla 34. Capacidad de discriminación de las dimensiones sobre el nivel de satisfacción.	143
Tabla 35. Consistencia interna de las dimensiones.	144
Tabla 36. Niveles de sensibilidad y especificidad de los ítems del informe del paciente.	146
Tabla 37. Índices de kappa y de concordancia general para preguntas de calidad científico-técnica del cuestionario.	148
Tabla 38. Proporción de respuesta al cuestionario.	149
Tabla 39. Características de la población de estudio y diferencias entre los que responden y los que no responden.	150
Tabla 40. Frecuencia de problemas de indicadores simple del informe del usuario.	152
Tabla 41. Tasa de problemas de indicadores compuestos.	153

## FIGURAS

Figura 1. Niveles del Concepto de Calidad.	23
Figura 2. Esquema básico para definir y analizar la calidad.	24
Figura 3. Paradigma de desconfirmación. Adaptado del modelo de desconfirmación de expectativas de Erevelles y Leavit (1992).	30
Figura 4. Modelo Cognitivo-afectivo de la satisfacción. Adaptado de Oliver RL.	32
Figura 5. Esquema general de la secuencia de la investigación.	93
Figura 6. Selección de los participantes y formación de los grupos focales.	96
Figura 7. Procedimiento para la recogida de información en el pilotaje cuantitativo (basada en el cuestionario y en el registro clínico de fisioterapia).	111
Figura 8. Frecuencia de problemas de calidad percibida de los indicadores de todas las dimensiones.	153
Figura 9. Frecuencia de problemas de calidad percibida de cada una de las dimensiones.	154
Figura 10. Frecuencia de problemas de calidad percibida de los indicadores de la dimensión Información.	155
Figura 11. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Información.	156
Figura 12. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Competencia profesional.	156
Figura 13. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Organización.	157
Figura 14. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Tiempo de espera.	158

## **INTRODUCCIÓN**

---



## 1. INTRODUCCIÓN

La evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria son consideradas cada vez más como una parte esencial de las actividades habituales en cualquier centro de salud. La evaluación de la atención sanitaria, que se ha basado durante mucho tiempo en la aplicación de estándares profesionales, está tendiendo ahora cada vez más a integrar la medida de la percepción del paciente<sup>1-4</sup>.

Dos fuentes de datos complementarias se usan principalmente para realizar la evaluación de la calidad de la atención sanitaria: las historias clínicas y la información proporcionada por los pacientes<sup>5,6</sup>. Tradicionalmente las historias clínicas han sido la fuente de datos utilizada en la mayoría de las evaluaciones del proceso asistencial<sup>7,8</sup>, por su fácil accesibilidad, detalle de las visitas de los pacientes y por constituir el registro legal de la asistencia prestada. Sin embargo, adolecen de varias limitaciones<sup>5,9</sup>, como ausencia de información<sup>10,11</sup> y errores frecuentes<sup>12,13</sup>.

Por otra parte, la información proporcionada por los pacientes o sus percepciones, como un componente útil de la evaluación de la atención sanitaria, puede ser recogida mediante la utilización de encuestas de opinión (encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas, encuestas de percepciones) y encuestas tipo informe de los usuarios<sup>14</sup>. Para tal fin, diversos cuestionarios se han desarrollado y revisado extensivamente<sup>15-17</sup>. Sin embargo, la mayoría de estos cuestionarios han sido encuestas de satisfacción, que no necesariamente han reflejado la percepción que los pacientes han tenido de la calidad de la atención sanitaria recibida<sup>18</sup> porque la satisfacción incluye un alto componente afectivo<sup>19</sup> y no se considera más dependiente de las expectativas del paciente<sup>20,21</sup>. Además, las encuestas de satisfacción han sido basadas sobre opiniones subjetivas y genéricas del proceso de la atención y de sus resultados<sup>22-24</sup>, siendo poco operativas funcionalmente cuando hay que actuar sobre las causas de insatisfacción de los pacientes o usuarios.

Como consecuencia de las limitaciones que presentaban las historias clínicas y de las dificultades de las encuestas de satisfacción para evaluar tanto aspectos técnicos como percepciones de los pacientes acerca de la calidad de la atención sanitaria prestada, surgió la posibilidad de obtener datos objetivos y fiables<sup>25</sup>, tanto de aspectos técnicos como de percepciones de la presencia o frecuencia de eventos o atributos que los pacientes consideran

componentes de calidad, basados en su propia experiencia, mediante encuestas tipo informe de los usuarios.

En relación con la evaluación de las percepciones de los pacientes (evaluación de la calidad percibida), son pocos los informes de los usuarios desarrollados tanto a nivel hospitalario<sup>26,27</sup> como a nivel de atención primaria<sup>6</sup>, en el ámbito internacional. Estos informes han incluido un gran número de experiencias específicas relacionadas con la atención médica y con el cuidado de enfermería. Sin embargo, en Fisioterapia apenas se han realizado investigaciones sobre este método de evaluación acerca de atributos o percepciones de los pacientes relacionadas con la calidad de la atención.

Con respecto a la evaluación de aspectos técnicos, diversos estudios se han llevado a cabo, tanto a nivel internacional<sup>28-32</sup> como a nivel nacional<sup>33,34</sup>, para evaluar aspectos relativos a la calidad científico-técnica, relacionados con el diagnóstico de enfermedades, toma de medicación y realización de intervenciones quirúrgicas u otras. No obstante, los estudios sobre evaluación de modalidades e intervenciones fisioterápicas tampoco están disponibles.

El paso previo a la evaluación de las percepciones del paciente es su identificación, con el fin de que una vez que han sido identificadas vamos a poder construir un cuestionario tipo informe del paciente. Para identificar o averiguar percepciones se pueden utilizar diversos métodos de investigación cualitativa. Uno de los métodos o técnicas de investigación cualitativa ampliamente utilizado es el grupo focal. Es una entrevista en la que a través de discusiones de grupo, se obtienen datos relativos a percepciones, sentimientos y maneras de pensar de un reducido número de personas respecto a un determinado problema, experiencia o servicio<sup>35</sup>. Además de obtener este tipo de datos, esta técnica permite extraer expresiones y términos más frecuentemente empleados por los pacientes, favoreciendo así la construcción y comprensión del cuestionario tipo informe.

Un requisito básico de cualquier instrumento de medida es que su medida sea válida y fiable<sup>36-38</sup>. Los cuestionarios tipo informe del usuario usados en la evaluación de la calidad no pueden ser ajenos a dichas propiedades. Estas dos propiedades metodológicas son fundamentales puesto que las mediciones o evaluaciones de los datos son importantes para detectar percepciones negativas o problemas de la asistencia sanitaria y consecuentemente poder mejorarlas.

En el ámbito de la fisioterapia, el problema de la asistencia al paciente con cervicalgia supone una importante área de trabajo porque muchos de los pacientes con cervicalgia son derivados desde consultas médicas de atención primaria<sup>39</sup>. Además, la cervicalgia tiene una alta prevalencia que oscila entre 9.5% y 22% en la población general<sup>40-42</sup> y la prevalencia a lo largo de la vida es del 70%<sup>43</sup>. El interés por el paciente con cervicalgia entre los fisioterapeutas es importante ya que la mayor parte de los protocolos realizados en España durante 1990 y 1998 fueron dirigidos al paciente con cervicalgia<sup>44</sup>.

En nuestro contexto, por tanto, existe falta de instrumentos válidos y fiables basados en el autoinforme del paciente que permitan evaluar la presencia de atributos relacionados con la calidad percibida en fisioterapia, falta de información sobre si los pacientes de fisioterapia pueden proporcionar información válida sobre modalidades e intervenciones fisioterápicas, así como falta de información sobre la calidad percibida por los usuarios con cervicalgia. En base a todo lo expuesto, hemos llevado a cabo una investigación que responda a los objetivos que se relacionan a continuación en base a tres estudios: un primer estudio cualitativo de identificación de aspectos o atributos relacionados con la calidad percibida, un segundo estudio de validación del informe del usuario sobre aspectos relativos a la calidad percibida y la calidad científico-técnica y finalmente, un tercer estudio de evaluación de la calidad percibida en fisioterapia mediante el informe del usuario.

## OBJETIVOS

1. Explorar las percepciones de los pacientes con cervicalgia mecánica, tratados en atención primaria, con objeto de identificar los aspectos de la atención fisioterápica que los pacientes perciben como relevantes para su juicio de la calidad.
2. Construir y validar una herramienta capaz de medir en el ámbito de atención primaria la percepción de los pacientes con cervicalgia sobre aspectos (comportamientos, sucesos, circunstancias) de la atención fisioterápica relevantes que influye en su satisfacción.
3. Evaluar la validez y fiabilidad de la información proporcionada en el ámbito de atención primaria por los pacientes con cervicalgia sobre el uso de intervenciones terapéuticas y educativas de fisioterapia para la cervicalgia.
4. Describir y comparar la frecuencia en la que los pacientes con cervicalgia perciben en el ámbito de atención primaria diferentes aspectos relacionados con la calidad percibida en la atención fisioterápica.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Ellis R, Whittington D. Quality assurance in health care. In: Ellis R, Whittington D (eds). Quality Assurance Handbook. London: Edward Arnold. 1993: 1-8.
- <sup>2</sup>Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice. Ann Arbor: Health Administration Press. 1991: 1-59.
- <sup>3</sup>Racine JF. A double take on the history of quality in health care. In: Graham NO (ed.). Quality in Health Care. Theory, application and evolution. Gaithersburg MD: Aspen. 1995: 15-31.
- <sup>4</sup>Wensing M, Grol RSA. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. Social Sci Med. 1994; 38: 45-53.
- <sup>5</sup>Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 1996; 44: 166-169.
- <sup>6</sup>Hargraves JL, Palmer RH, Zapka J, Nerenz D, Frazier H, Orav EJ, Warner C, Ingard J, Neisuler R. Using patient report to measure health care system performance. Clinical Performance and Quality Health Care. 1993; 1 (4): 208-213.
- <sup>7</sup>Sheldon MG. Medical Audit in general practice. Londres: The Royal Collage of General Practitioners. 1982.
- <sup>8</sup>Painter HP, Nelson RA. Review of methods for ambulatory medical care evaluations. Med Care. 1982; 20: 758-781.
- <sup>9</sup>Clute KF. Research programme of the Canadian association for retarded children. Can Psychiatr Assoc J. 1963; 12: 278-80.
- <sup>10</sup>Buitrago F, Guillén J, Mencia JM, Agudo B, García M, Molina LJ. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. Rev San Hig Pub. 1991; 65: 421-427.
- <sup>11</sup>Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. Contr Calid Asist. 1987; 2:99-104.

- <sup>12</sup>Demlo LK, Campbell PM, Brown SS. Reliability of information abstracted from patient's medical records. *Med Care*. 1978; 16: 995-1005.
- <sup>13</sup>Feinstein AR, Horwitz RI. Double Standard, scientific methods, and epidemiologic research. *N Eng J Med*. 1982; 307: 1611-1617.
- <sup>14</sup>Saturno PJ. Encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas y encuestas tipo informe. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 34. Universidad de Murcia. 2001b.
- <sup>15</sup>Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988b; 27 (9): 935-939.
- <sup>16</sup>Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Sci Med*. 1988; 27: 935-939.
- <sup>17</sup>Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Sci Med*. 1997; 45: 1829-1843.
- <sup>18</sup>Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988; 25: 25-36.
- <sup>19</sup>Epstein KR, Laine C, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual*. 1996; 11: 73-80.
- <sup>20</sup>Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perception in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care*. 1997; 35 (11Suppl): NS58-NS68.
- <sup>21</sup>Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A Comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract*. 1998; 15: 165-17.
- <sup>22</sup>Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988; 25: 25-36.
- <sup>23</sup>Mora E, Forner P, Chumillas S, Peñalver L. Calidad percibida por el usuario de un servicio de rehabilitación. *Rehabilitación*. 1996; 30: 47-52.

- <sup>24</sup>Carey RG. How to cose a patient survey system. *J Qual Improv.* 1999; 25: 20-25.
- <sup>25</sup>Brown JB, Adams ME. Patients as reliable reporters of medical care process: recall of ambulatory encounter events. *Medical Care.* 1992; 30: 400-411.
- <sup>26</sup>Arnetz JE, Arnetz BB. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *Intern Journal Qual Health Care.* 1996; 8: 555-66.
- <sup>27</sup>Clearly PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco THL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affaires.* 1991; 10: 254-267.
- <sup>28</sup>Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons. 1981.
- <sup>29</sup>Simpson C, Boyd C, Carlson M, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-repot of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *JAGS.* 2004; 52: 123-127.
- <sup>30</sup>Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol.* 2004; 57(10):1096-103.
- <sup>31</sup>Madlensky L, McLaughlin J, Goel V. A comparison of self-reported colorectal cancer screening with medical records. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003;12 (7):656-659.
- <sup>32</sup>Clegg LX, Potosky AL, Harlan LC, Hankey BF, Hoffman RM, Stanford JL, Hamilton AS. Comparison of self-reported inicial treatment with medical records: results from the prostate cancer outcomes study. *American Journal of Epidemiology.* 2001; 154 (6): 582-587.
- <sup>33</sup>Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER-S: El informe del usuario: Un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 1995; 5: 271-279.

- <sup>34</sup>Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Atención Primaria*. 2001; 27 (6): 395-402.
- <sup>35</sup>Saturno PJ. Exploración de expectativas y necesidades. Utilización de grupos focales y métodos de investigación cualitativa. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 26. Universidad de Murcia. 2000.
- <sup>36</sup>Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research*. Holt Rinehart and Winston Inc., New York. 1973.
- <sup>37</sup>Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and validity assessment*. Sage Publication. Beverly Hills, London. 1979.
- <sup>38</sup>Holland WH. *Evaluation of health care*. Oxford Univ. Press, Oxford. 1983.
- <sup>39</sup>Bourghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999; 80: 629-636.
- <sup>40</sup>Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence of neck pain and related disorders in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23: 1689-1698.
- <sup>41</sup>Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosengberg C. Chronic pain in a geographically defined population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localisation. *Clin J Pain*. 1993; 9:174-82.
- <sup>42</sup>Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*. 1989; 37:215-22.
- <sup>43</sup>Makela M, Heliovaara M, Sievers K, Impivaara O, Knett P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol*. 1991; 134:1356-1367.
- <sup>44</sup>Saturno PJ, Medina F, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón JJ. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(6):487-493.

## **REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

---



## 2. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

### 2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

#### 2.1.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La conceptualización de la calidad de la atención es un requisito necesario para poder medir y para saber cómo podemos mejorar la calidad de la atención sanitaria. Existen muchas definiciones de calidad y con una traducción práctica muy diferente, por lo que se trata de un concepto en evolución, que se va perfilando y enriqueciendo.

Para concretar lo que se entiende por calidad de la atención sanitaria se ha propuesto distinguir dos niveles<sup>1</sup>: un nivel más general, respecto a lo que es la calidad en general y un nivel más específico, respecto a lo que es calidad de la atención sanitaria. La razón de estos dos niveles es que la calidad en general sirve como marco de referencia para orientarnos a nivel más específico acerca de todos los elementos que determinan la calidad en el ámbito de la atención sanitaria<sup>1</sup>.

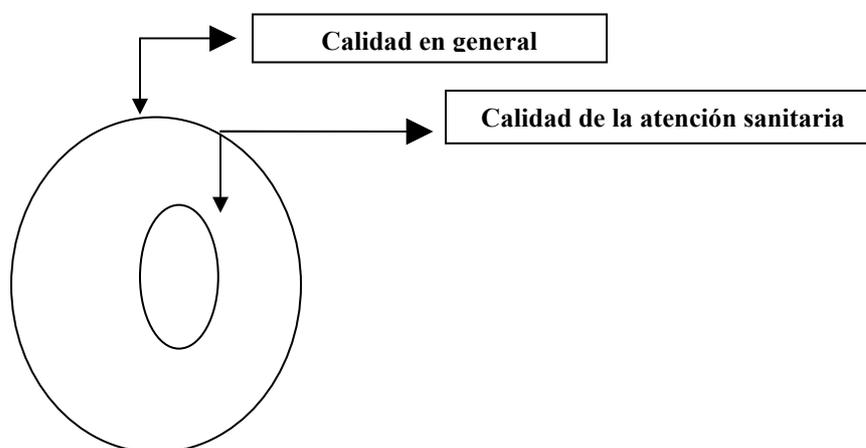


Figura 1. Niveles del concepto de calidad

#### Concepto general de calidad

Un concepto general de calidad es aquel que es aplicable a cualquier producto o servicio de cualquier actividad o empresa. Dicho concepto tiene la finalidad de ayudar a distinguir al menos globalmente si un producto o servicio es o no de calidad. Desde el sector de la industria

se han propuesto numerosas definiciones, destacando algunas de autores más influyentes como la de Juran, Deming e Ishikawa.

Juran define la calidad como “idoneidad o aptitud para el uso”<sup>2</sup>. Un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. La aplicación de este concepto a un servicio o producto concreto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas está previsto que sean satisfechas con el producto o servicio a evaluar, las cuales serían diferentes para según qué producto o servicio y determinarán las características que éste ha de tener para que sea de calidad.

Deming propone definir la calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio”<sup>3</sup>. La idea básica es la misma que la propuesta por Juran: quién compra o demanda el servicio lo hace en función de unas necesidades y expectativas que son las que van a determinar si lo que recibe es o no de calidad.

Ishikawa utiliza la misma idea. La calidad del producto o servicio es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”<sup>4</sup>. Hay que determinar cuáles son esos requisitos para poder saber si el producto o servicio es de calidad.

Todas estas definiciones ofrecen una consideración importante hacia el cliente y tienen un esquema subyacente básico que parte de tres componentes: proveedor, servicio o producto que se ofrece y receptor del servicio o producto (Figura 2).

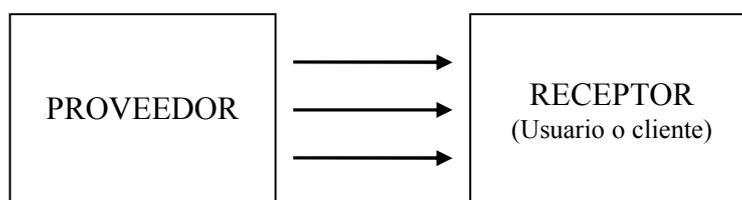


Figura 2. Esquema básico para definir y analizar la calidad.

A partir de este esquema, según Saturno<sup>5</sup>, para que haya calidad el que ofrece el servicio ha de tener en cuenta las necesidades y expectativas de a quién va dirigido, y modelar el servicio o producto de manera que sintonicen perfectamente con ambas. La falta de sintonización ocasionará defectos de calidad. Para evitar defectos de calidad es necesario hacer

explícito el tipo de servicio que se quiere ofertar para que sea de calidad, en función de las necesidades y expectativas de quien lo recibe<sup>1</sup>.

### **Calidad de la atención sanitaria**

De acuerdo con lo expuesto en el anterior apartado, la calidad de la atención sanitaria supone atender las necesidades en salud y las expectativas de los usuarios a nivel de un servicio sanitario. Diversos autores han especificado o definido una serie de componentes, dimensiones, atributos o factores de calidad de lo que supone atender dichas necesidades y expectativas.

La clasificación más reciente de dimensiones de la calidad ha sido propuesta por el Instituto de Medicina de Estados Unidos<sup>6</sup> y sus definiciones pueden verse en la tabla 1. Estas dimensiones se refieren a la atención sanitaria individual, no a las poblaciones o comunidades. Actualmente este esquema de clasificación está sirviendo para desarrollar indicadores que permitan monitorizar la calidad de los sistemas de salud.

Tabla 1. Las seis dimensiones clave de la calidad

<b>SEGURIDAD</b>	Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.
<b>EFFECTIVIDAD</b>	Provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos (evitar sub y sobre utilización respectivamente).
<b>SERVICIO CENTRADO EL PACIENTE</b>	Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.
<b>OPORTUNIDAD</b>	Reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria.
<b>EFICIENCIA</b>	Evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.
<b>EQUIDAD</b>	Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

Adaptado de: Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21 st Century. National Academy Press, Washington 2001.

Con anterioridad a la propuesta del IOM se han realizado otras muchas propuestas de esquemas de dimensiones por parte de autores como Vuori<sup>7</sup>, Palmer HC<sup>8</sup>, Nutting P<sup>9</sup> y Programa

Ibérico<sup>10</sup>, entre otros. La tabla 2 contiene algunos de estos esquemas. Algunas de las dimensiones más habituales en dichos esquemas han sido: efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, equidad y continuidad de los cuidados. A continuación describiremos brevemente su significado de acuerdo con diferentes autores.

Tabla 2. Dimensiones de la calidad de la atención según diversos esquemas.

Vuori 1982	Palmer 1983	Nutting et al 1987	Programa Ibérico 1990
Calidad científico-técnica	Competencia profesional	Competencia profesional	Calidad científico-técnica
Efectividad	Efectividad	Efectividad	—
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	—
Adecuación	—	—	—
—	Accesibilidad	—	Accesibilidad
—	Aceptabilidad/satisfacción	—	Satisfacción
—		Distribución de la asistencia/integralidad	—
—		Continuidad/Coordinación	—

La *efectividad* es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud y aumenta la satisfacción de una población concreta. En ocasiones se ha utilizado de forma confusa con el término *eficacia*<sup>11</sup>, sin embargo en general se acepta que la *eficacia* se refiere a los resultados obtenidos en una población definida y en condiciones ideales, mientras que la *efectividad* es el grado en que se consiguen estos resultados en condiciones de uso normal<sup>12</sup>.

La *eficiencia* se define en términos de relación entre coste y producto, es decir, se refiere a la cantidad de recursos utilizados por la atención sanitaria en relación con su efectividad<sup>13</sup>. Una intervención eficiente es aquella que maximiza los resultados para un determinado nivel de recursos.

La *adecuación*, según la lista sobre dimensiones de la calidad elaborada por la JCAHO (Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations) estadounidense, es la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el problema concreto que es atendido.

La *accesibilidad* es la facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales<sup>13,14</sup>. Engloba los tiempos de espera, descoordinaciones entre profesionales y niveles asistenciales, etc.

La *equidad de la atención* se ha definido como el grado en el que la atención sanitaria se ofrece en el momento oportuno a quien la necesita. La inequidad surge cuando se da más prioridad a los intereses que los profesionales tienen en cierta clase de pacientes que a los intereses de los propios pacientes<sup>15</sup>.

La *continuidad de los cuidados*, se refiere al grado en que los servicios sanitarios, que son necesarios para el usuario, se reciben como una secuencia de acontecimientos ininterrumpidos y coordinados<sup>16</sup>.

Más allá del significado concreto de cada una de las dimensiones, es destacable la tendencia hacia la integración de dimensiones que muestran la mayor parte de autores. La principal razón de esta tendencia es que la evaluación de la calidad de la atención sanitaria sea lo más práctica y simplificada posible. Así, para medir la calidad se puede prescindir de ciertas dimensiones citadas anteriormente, no porque estas dimensiones no se consideren estar directamente relacionadas con la calidad de la atención, sino porque están implicadas en otras que se consideran más completas. Así por ejemplo, la propuesta del Programa Ibérico prescinde de la efectividad y la eficiencia, como dimensiones de medición directa de la calidad porque al medirlas se mide la calidad científico-técnica o la competencia profesional para actuar de forma adecuada. Igualmente se prescinde de la dimensión adecuación, como la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente, por ser un concepto que parece muy difícil de separar a la hora de ser medido, del concepto de calidad científico-técnica<sup>1</sup>. La calidad científico-técnica es la dimensión que mejor se entiende y más frecuentemente medida como representante de la calidad de los servicios de salud<sup>1</sup>.

### **2.1.2. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA**

Se entiende por calidad científico-técnica de la atención o competencia profesional la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios<sup>1</sup>. En la mayoría de las definiciones se incluyen tanto los aspectos científico-técnicos, en sentido estricto, como los del trato interpersonal<sup>11</sup>.

La calidad en los aspectos científico-técnicos depende de la habilidad del clínico para conseguir aquellas mejoras en el estado de salud que la ciencia y la tecnología de la asistencia sanitaria han hecho posible en cada momento. En otras palabras, depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas y de la destreza en ejecutar dichas estrategias. De este modo, los juicios o evaluaciones sobre la calidad técnica se deben establecer en función de aquello que es lo mejor en los conocimientos y tecnologías actuales<sup>17</sup>.

Según Donabedian<sup>17</sup> la conducción de la atención interpersonal es un elemento de importancia vital. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y las preferencias necesarias para seleccionar los métodos de asistencia más adecuados. También a través de este intercambio, el proveedor proporciona información acerca de la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento y motiva al paciente para una activa colaboración en la asistencia. Sin duda, el proceso interpersonal es el vehículo por el cual la asistencia técnica se lleva a cabo y del que depende el éxito. Pero es importante señalar que la conducta del proceso interpersonal también debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales, por lo que la discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad son virtudes de la relación interpersonal a tener en cuenta.

### **2.1.3. CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN**

#### **2.1.3.1. Calidad Percibida**

La calidad percibida de un servicio es un juicio global hacia la calidad de ese servicio<sup>18</sup>. Para explicar la formación de dicho juicio, la mayoría de los investigadores han utilizado un modelo general que considera que este juicio está formado en función de tres referencias: (i) alguna combinación de atributos que los individuos consideran como componentes de la calidad, (ii) la importancia que el cliente da a cada atributo y (iii) la cantidad de atributo contenida en el servicio<sup>18</sup>.

La investigación sobre qué atributos pueden llegar a conformar la calidad percibida ha recibido más atención, que la dirigida a descubrir la forma en la cual dichos atributos son combinados para formar el juicio global hacia la calidad de un servicio.

Algunos autores han realizado revisiones para encontrar relaciones entre este proceso y teorías que puedan ayudar a descubrir la forma en que las citadas tres referencias se combinan<sup>19,20,21</sup>. Iacobucci et al<sup>20</sup> han propuesto que la formación del juicio global hacia la calidad se forma combinando percepciones o desconfirmaciones de expectativas respecto a una serie de atributos que están relacionados con la calidad percibida. Sin embargo, ésta y otras aportaciones no han llegado a clarificar aún el proceso de formación del juicio global hacia la calidad de un servicio. Mucho más claro parece estar el proceso de formación de la satisfacción como se verá en el siguiente subapartado.

### **2.1.3.2. Satisfacción y su relación con la calidad percibida**

El concepto de satisfacción y los atributos relacionados con ella están muy próximos al concepto y atributos de la calidad percibida<sup>22</sup>. La falta de claridad y distinción entre ambos ha provocado que muchas veces se hayan intercambiado sin más. Para facilitar una mayor clarificación y puesto que ambos conceptos son usados en nuestra investigación, describiremos a continuación (i) diversos conceptos y procesos ligados a la satisfacción, y (ii) los principales elementos de relación y diferenciales entre satisfacción y calidad percibida.

#### *Concepto de satisfacción*

La satisfacción del paciente ha sido una de las valoraciones subjetivas más medidas. Es algo sobre lo que todo el mundo parece estar de acuerdo intuitivamente en lo que quiere decir, pero que no se ha clarificado de forma universalmente convincente<sup>23</sup>.

El concepto de satisfacción ha estado ligado históricamente, entre otros, al modelo de formación de la satisfacción imperante en cada momento. En la década de los setenta, diversos autores<sup>24,24,26,27,28,29,30</sup> consideraron que el nivel de satisfacción venía determinado por la diferencia o discrepancia entre las expectativas y la performance, considerándose como expectativas<sup>31</sup> las creencias acerca de situaciones o resultados futuros que pueden ser refuerzos positivos o negativos para el individuo y, como performance<sup>32</sup> la percepción que tiene el individuo de un acontecimiento presenciado en una transacción en relación con su obligación, y que es considerado como un estándar de evaluación. Este modelo de explicación de la obtención del nivel de satisfacción se conoce como paradigma de desconfirmación de expectativas<sup>30,33,34,35,36</sup>.

Según este paradigma, habrá satisfacción o insatisfacción dependiendo de si la desconfirmación es positiva o negativa. Es decir, la desconfirmación será positiva cuando el performance supere las expectativas, desconfirmación negativa si los resultados no alcanzan el nivel de expectativas y confirmación o desconfirmación nula en el caso de cumplimiento de las expectativas. Por lo tanto, la satisfacción se da cuando existe desconfirmación positiva o confirmación de las expectativas, mientras que la insatisfacción aparece si hay desconfirmación negativa. Por tanto, según este planteamiento, la desconfirmación predice que la satisfacción aumenta con el performance y disminuye con las expectativas, por lo que estas dos variables constituyen los estándares esenciales de este paradigma, y es la combinación de ambas lo que determina el nivel de satisfacción del individuo (Figura 3).

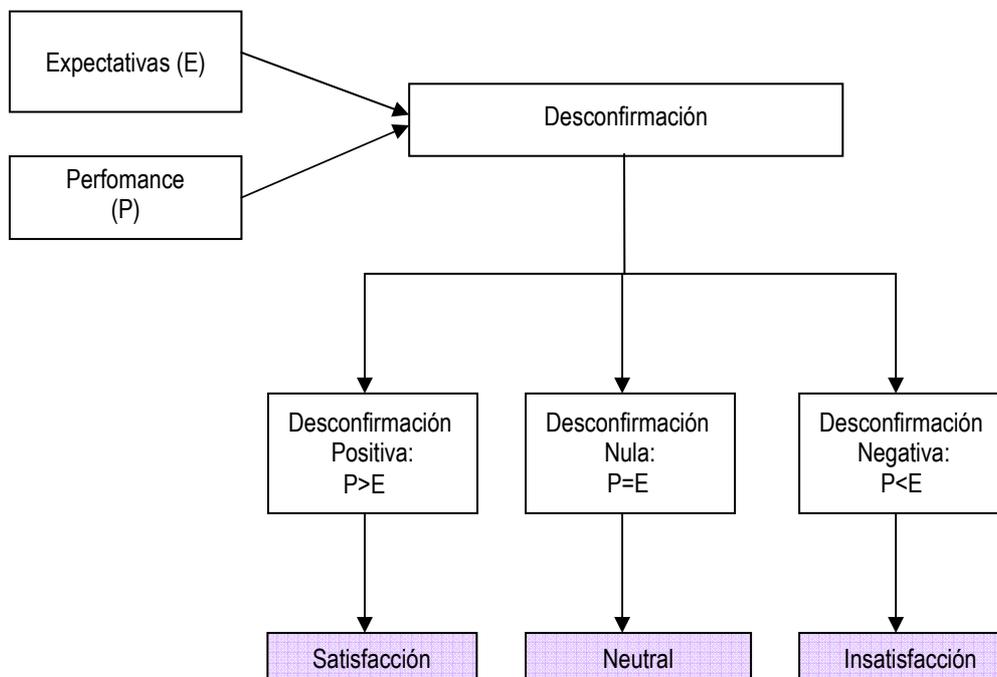


Figura 3. Paradigma de desconfirmación. Adaptado del modelo de desconfirmación de expectativas de Erevelles y Leavitt, 1992.

A partir de este paradigma, diversos autores han definido la satisfacción de forma similar, teniendo en común dos elementos clave que son las expectativas y el resultado o resultados de la atención recibida. Así, Stimson, Webb<sup>37</sup> y Locker, Dunt<sup>38</sup> consideraron la satisfacción como la diferencia principalmente entre expectativas y resultado de atención. Varo<sup>39</sup>

definió la satisfacción del paciente como el grado de cumplimentación de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados.

En la década de los 80 y 90, a pesar de que numerosos autores demostraron empíricamente la desconfirmación de expectativas<sup>30,34,40-50</sup>, diversos autores encontraron limitaciones al modelo de desconfirmación de expectativas, al considerar que las expectativas no era la única variable que al compararla con la performance produce la desconfirmación. Según Oliver<sup>46,47</sup>, cuando las expectativas sobre la performance no están definidas claramente, es difícil formar la desconfirmación, y Boshoff<sup>51</sup> consideró que para que se formen las expectativas, la relación entre el sujeto y el servicio o el objeto a consumir debe basarse en el conocimiento del servicio o del producto.

También en los años ochenta, diversas investigaciones han identificado que la desconfirmación de expectativas no es una variable que explique íntegramente la formación de la satisfacción del consumidor, adquiriendo la performance un protagonismo superior a las expectativas y la desconfirmación<sup>52-55</sup>. Oliver<sup>46,47</sup> considera que cuando los consumidores evalúan experiencias de consumo de carácter repetitivo, como puede ser un servicio de salud, no se sienten motivados a generar expectativas ni a evaluarlas, por lo tanto, la satisfacción vendrá determinada fundamentalmente por la performance. En estos casos, en los que hay ausencia de expectativas, la satisfacción se considera como una percepción positiva del paciente hacia un aspecto del proceso o resultado del cuidado de la salud<sup>56,57</sup>.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, podemos decir que muchos autores han utilizado el modelo de que la satisfacción viene determinada por efecto directo de: (i) la desconfirmación de expectativas, obtenida por la diferencia entre expectativas o deseos y la performance o (ii) de la performance<sup>25,29,35,52-54,58-71</sup>.

Además de la influencia de estas variables en la satisfacción, Westbrook RA<sup>72</sup> y Oliver RL<sup>46,47</sup> detectaron la influencia de un cierto componente emocional en la determinación de la satisfacción (Figura 4). Según estos autores, los afectos pueden influir positivamente o negativamente junto con la performance en la determinación de la satisfacción.

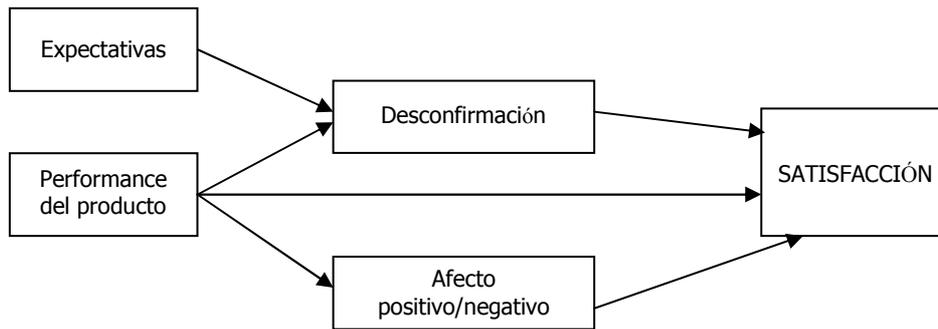


Figura 4. Adaptado de Oliver RL. Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción. Fuente: Oliver RL. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research* 1993; 20: 418-430.

#### *Relación entre calidad percibida y satisfacción*

Las diferentes definiciones de satisfacción y de calidad percibida tienen en común aspectos como las expectativas, los resultados de la atención y las percepciones de la atención recibida. Sin embargo, existen diferencias entre ambos términos. Por una parte, la satisfacción va unida a una situación de consumo, mientras que la calidad puede ser percibida sin ninguna experiencia<sup>73,74,75</sup>. Por otra parte, la calidad percibida representa un juicio cognitivo, mientras que la satisfacción es una respuesta afectiva que procede de un proceso cognitivo<sup>21,54,57,73,76,77</sup>.

La similitud de los conceptos satisfacción y calidad percibida ha llevado a la inexistencia de acuerdo a la hora de determinar qué concepto es el antecedente del otro. Algunos autores consideran que la satisfacción influye en la valoración de la calidad del servicio, al considerar que la calidad de servicio percibida es la evaluación de una transacción específica<sup>62,78-80</sup>. En cambio, otros autores demuestran que es la calidad de servicio percibida un determinante de la satisfacción<sup>63,73,74,81-88</sup>. Partiendo de que la percepción es la selección, organización e interpretación de los estímulos y del entorno<sup>89</sup>, Lee, Lee, Yoo<sup>90</sup> señalan que los consumidores o clientes emiten sus juicios de satisfacción después de percibir un servicio. Por tanto, bajo esta perspectiva, la satisfacción es la consecuencia de la calidad de servicio percibida.

#### **2.1.4. CERVICALGIA**

En general, la cervicalgia la definen como dolor de la región cervical<sup>91</sup>, aunque algunos autores la circunscriben como dolor localizado entre el occipucio y la tercera vértebra dorsal<sup>92</sup>.

Este dolor puede manifestarse aislado en la zona del raquis cervical o puede acompañarse de dolor referido o irradiado a otras zonas próximas, como son la cabeza y el miembro superior<sup>92-94</sup>. La cervicalgia se asocia a otras deficiencias. Así, los pacientes con cervicalgia crónica suelen tener debilidad de los músculos cervicales<sup>95,96</sup> y disminución del rango del movimiento<sup>97</sup>. Adicionalmente, el vértigo cervicogénico puede manifestarse como un trastorno asociado a la cervicalgia<sup>98</sup>. Con todo, la mayoría de las personas con trastornos de cuello experimentan un nivel bajo de discapacidad y un 5% presenta discapacidad significativa<sup>92,99</sup>.

La cervicalgia es un trastorno frecuente<sup>92,100-103</sup>. Se ha estimado que su prevalencia puntual varía entre 9.5% y 22% en la población general<sup>92,104,105</sup> y la prevalencia a lo largo de la vida es del 70%<sup>100</sup>. Según Westerling y otros autores, la prevalencia anual del dolor cervical oscila entre el 12.1% y el 45.8% de la población<sup>101,102,103,106</sup>. Esta elevada prevalencia puede ser debida, entre otras causas, al elevado índice de recaídas que se producen en el dolor cervical, que según algunos autores, se sitúa alrededor del 25% de los casos<sup>107</sup>. La mayoría de estos pacientes se recuperan antes de las seis semanas, pero entre un 10% y un 15% llegan a ser crónicos<sup>100,104-106</sup>.

Adicionalmente a su elevada prevalencia, la cervicalgia tiene importantes costos directos e indirectos. Los costes directos pueden atribuirse a las visitas a los prestadores de atención sanitaria (médicos, fisioterapeutas, otros profesionales)<sup>108</sup>. En España, un 10% de las derivaciones a unidades de fisioterapia en atención primaria son por cervicalgia<sup>109</sup>. Los costes indirectos ocasionados por el absentismo y la discapacidad que ocasiona la cervicalgia son mayores que los costes directos sobre el sistema sanitario, siendo la mayoría de estos costes generados por el pequeño porcentaje de pacientes con dolor crónico<sup>110</sup>.

Se han propuesto diferentes sistemas de clasificación para los pacientes con dolor cervical. A continuación se presentan las principales clasificaciones utilizadas hasta el momento<sup>110-112</sup>:

- a) Clasificación según las características anatomopatológicas subyacentes en la cervicalgia: cervicalgias consecutivas a una patología (inflamatorias, infecciosas, tumorales, traumáticas, otras), desórdenes mecánicos (cervicoatrosis, alteraciones

discales), problemas psicosomáticos (no tienen características anatomopatológicas y por qué los incluyen).

- b) Clasificación según la combinación de sintomatología y patología: dolor inespecífico de cuello, radiculopatía cervical, patología vertebral grave.
- c) Clasificación según la duración de los síntomas: cervicalgia aguda (menos de 7 días), subaguda (entre 7 días y 7 semanas) y crónica (superior a 7 semanas).

## **2.2. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA**

### **2.2.1. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON CALIDAD PERCIBIDA**

Existen diversos atributos que los usuarios de servicios asocian con la calidad. Grönroos<sup>113</sup> sugiere que los atributos podrían ser divididos en dos grupos: (i) funcional, como el ambiente y la atención del proveedor, que describen cómo el servicio se entrega, y (ii) técnico, como los resultados que describen la calidad de lo que se entrega. Posteriormente, la literatura referente a la atención sanitaria ha llamado a los atributos pertenecientes al grupo funcional, como atributos de "proceso" y a los atributos englobados en el grupo técnico como atributos de "resultado"<sup>114,115</sup>.

Para poder dimensionalizar los atributos relacionados con la calidad percibida, Parasuraman A, Zeithmal VA y Berry LL<sup>116</sup> sugirieron que es necesario pensar en atributos genéricos y específicos. Los primeros se basan en dimensiones generales de calidad que permiten evaluar los juicios relativos a la calidad de un servicio que perciben los clientes, y los atributos específicos se basan en dimensiones muy específicas relacionadas con un servicio concreto recibido por los clientes.

A continuación, siguiendo la orientación de Parasuraman A, Zeithmal VA y Berry LL<sup>116</sup>, describiremos primero los atributos genéricos que han sido relacionados con la calidad percibida. Posteriormente, también detallaremos los atributos específicos relacionados con fisioterapia y algias vertebrales.

### 2.2.1.1. Atributos genéricos

#### *Atributos genéricos relacionados con la calidad percibida*

Diversos autores han analizado e identificado atributos genéricos relacionados con la calidad percibida por usuarios en el ámbito de los servicios, incluyendo el ámbito sanitario (Tabla 3).

Parasuraman A, Zeithmal VA y Berry LL<sup>116</sup> llevaron a cabo 16 grupos focales con usuarios que eran consumidores de coches, seguros, reparaciones y hoteles. Identificaron 10 atributos de calidad que fueron: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, credibilidad, seguridad, accesibilidad y empatía. Tras esta investigación cualitativa, desarrollaron un instrumento de medida de la calidad denominado SERVQUAL, que se compone de 44 ítems divididos en dos escalas (expectativas y percepciones) de 22 ítems cada una. En la tabla 4 se exponen los aspectos que definen estos atributos, según estos autores.

Tabla 3. Atributos relacionados con calidad percibida.

Parasuraman et al (1988)	Parasuraman et al (1988)	Bowers et al (1994)	Bowers et al (1994)	Mira y cols (1998)	Jun et al (1998)	Mira y cols (1999)	Gea y cols (2001)
Tangibilidad	Tangibilidad		Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	Tangibilidad	
Fiabilidad	Fiabilidad	Fiabilidad	Fiabilidad	Fiabilidad horaria	Fiabilidad		
Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	Capacidad de respuesta	
Competencia			Competencia	Competencia profesional	Competencia	Competencia profesional	
Cortesía			Cortesía	Cortesía	Cortesía		
Información		Información	Información	Información	Información	Información	
Credibilidad			Credibilidad		Credibilidad		
Seguridad	Seguridad		Seguridad		Seguridad		Garantía/fidelidad
Accesibilidad		Accesibilidad	Accesibilidad		Accesibilidad	Accesibilidad	Servicio accesible
Empatía	Empatía	Empatía	Empatía	Empatía	Empatía	Empatía	
		Cuidados	Cuidados		Continuidad cuidado	Continuidad cuidado	
			Resultado de intervención sanitaria		Resultado de intervención sanitaria		
						Confort instalaciones	Confort
						Capacidad elección	
							Atención personal

Tabla 4. Definición de atributos de calidad percibida, según Parasuraman et al (1988)

---

\***Tangibilidad:** evidencia física del servicio, instalaciones materiales, decoración, equipo.

\***Fiabilidad:** realizar las cosas bien a la primera, exactitud.

\***Capacidad de respuesta:** hacerlo a su tiempo, agilidad de trámites, diligencia.

\***Competencia:** conocimientos y habilidades del personal para realizar el servicio.

\***Cortesía:** amabilidad del personal, consideración hacia el usuario.

\***Información:** comprensión del lenguaje, escucha, pedir opinión al usuario.

\***Credibilidad:** nombre y reputación de la empresa, ser de confianza

\***Seguridad:** seguridad física, incremento o disminución al estar en contacto con el servicio; intimidad.

\***Accesibilidad:** facilidad de contacto, de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario adecuado.

\***Empatía:** Atención individualizada que se ofrece a los usuarios.

---

Tras un análisis factorial se redujeron a cinco atributos: tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad (incluye dimensiones anteriores como comunicación, competencia, cortesía y credibilidad) y empatía (incluye también la dimensión acceso).

Bowers MR, Swan JE y Koehler WF<sup>117</sup> también realizaron sendos estudios con grupos focales y aplicación del modelo SERVQUAL. Identificaron tras la realización de análisis de regresión del modelo SERVQUAL seis atributos que definen la calidad percibida: fiabilidad, capacidad de respuesta, información, accesibilidad, empatía y cuidados. Posteriormente, tras la realización de grupo focal identificaron los mismos atributos que Parasuraman A, Zeithmal VA y Berry LL, es decir, tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, credibilidad, seguridad, accesibilidad, empatía, y dos atributos más, cuidados y resultado de la intervención sanitaria.

Mira y cols<sup>118</sup> obtuvieron atributos relacionados con la calidad percibida similares a los identificados por los autores citados previamente. También distinguieron dos tipos de calidad tras la realización de análisis factorial del modelo SERVQUAL. Por un lado la calidad subjetiva, en la que se incluyen los atributos cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional, y por otro lado, la calidad objetiva, que engloba la tangibilidad, fiabilidad horaria e información.

En el estudio de Jun M, Peterson RT y Zsidisin GA<sup>119</sup>, realizado mediante entrevistas de grupo focales, se concluyó que los atributos más valorados por los pacientes fueron prácticamente los mismos que los identificados por grupos focales por Parasuraman A, Zeithmal

VA y Berry LL<sup>116</sup> y Bowers MR, Swan JE y Koehler W<sup>117</sup>. Estos atributos fueron: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, accesibilidad, cuidados, resultado de la intervención sanitaria, empatía y continuidad del cuidado.

En el estudio de Mira JJ y cols<sup>120</sup>, realizado mediante la técnica Delphi, se puso de relieve que los atributos que más valoraban los ciudadanos de nuestro país eran: accesibilidad, competencia profesional, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y calidad) que recibían de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. Mira JJ y cols<sup>120</sup> dedujeron además de los atributos identificados por otros autores anteriormente, dos atributos nuevos, como fueron la capacidad de elección y el confort de las instalaciones.

Gea MT y cols<sup>121</sup> determinaron mediante grupos focales y tras análisis factorial, cinco atributos de calidad percibida: servicio accesible, confortabilidad, personalización, garantía y fidelidad con el servicio.

En resumen, podemos decir que los atributos más frecuentemente identificados por los diferentes autores son empatía, capacidad de respuesta, tangibilidad, fiabilidad, información, accesibilidad y competencia profesional. Sin embargo, han sido menos identificados los atributos cortesía, seguridad, continuidad de los cuidados, credibilidad, resultados de las intervenciones, confort, capacidad de elección y atención personal.

#### *Atributos genéricos relacionados con la satisfacción*

La satisfacción al igual que la calidad percibida no es un concepto unidimensional, sino que está determinado por una serie de atributos o dimensiones, considerándose por muchos autores como un concepto multidimensional<sup>117,122-134</sup>.

Las dimensiones de la satisfacción son muy similares a los atributos relacionados con la calidad percibida (especificados en el apartado 2.2.2., por la similitud que existe entre ambos términos. Diversos autores, Hulka<sup>135</sup>, Ware, Snyder<sup>136</sup>, Hall, Dornan<sup>125,126</sup>, Nelson et al<sup>137</sup>, Thompson<sup>138</sup>, Saturno<sup>1</sup> y Baker<sup>139</sup>, propusieron diferentes esquemas de dimensiones relacionados con la satisfacción (Tabla 5).

Hulka et al<sup>135,140</sup> establecieron tres dimensiones que influyen en la satisfacción: cualidades personales, competencia profesional y coste-conveniencia.

Ware J, Snyder M<sup>136,141</sup> identificaron a través de un cuestionario de satisfacción del paciente ocho dimensiones relacionadas con ella: instalaciones/entorno físico, comunicación médico-paciente, competencia profesional, accesibilidad, cortesía, habilidades interpersonales, coste de la asistencia y resultado de la intervención sanitaria.

Hall y MC Dornan<sup>125,126</sup> identificaron en un metaanálisis sobre 221 estudios de satisfacción once elementos que influyen en la satisfacción del paciente, con un porcentaje y frecuencia relativa de aparición en los diversos estudios que se refleja en la tabla 6, e indica que la mayoría de los estudios miden menos de cuatro. Las dimensiones más frecuentemente implicadas son la relación interpersonal y la información que se recibe de los profesionales.

Tabla 5. Dimensiones identificadas de la satisfacción del paciente

Hulka 1975	Ware & Zinder 1975	Hall & Dornan 1988	Nelson et al 1989	Thompson 1995	Saturno 1999	Baker 1997
	Instalaciones/entorno físico	Instalaciones	Comodidades	Comida/medio físico	Ambiente	Estructura
	Comunicación Médico-paciente	Información	Información	Información	Comunicación	
Cualidades personales	Habilidades interpersonales	Humanidad			Trato	Disponibilidad
		Continuidad				Continuidad
	Resultado intervención sanitaria	Resultados	Valoración global del proceso		Resultados	
Competencia profesional	Competencia profesional	Competencia			Percepción calidad científico-técnica	Atención clínica
	Accesibilidad	Acceso	Admisión		Accesibilidad	Accesibilidad
Coste/Conveniencia	Coste de la asistencia	Coste	Coste de la asistencia			
		Burocracia	Condiciones del alta hospitalaria			
	Cortesía					
		Calidad general				
				Organización de visitas		
			Atención médica	Atención médica		
				Atmósfera general		
			Cuidados	Cuidados		
				Cantidad comida		

Nelson EC et al<sup>137</sup> diferenciaron diez dimensiones a partir de grupo focal y análisis de la bibliografía: admisión, cuidados diarios, información, cuidados de enfermería, atención médica, personal auxiliar, comodidades, condiciones de alta hospitalaria, coste de la asistencia y valoración global del proceso. Posteriormente, Nelson EC et al desarrollaron un análisis de contenido sobre encuestas de 18 instituciones de cuidado de la salud seleccionadas e intentaron relacionar las preguntas con los indicadores de calidad descritos por Donabedian A<sup>17</sup>. Concluyeron que la accesibilidad, el manejo técnico administrativo, el manejo técnico clínico, manejo interpersonal y continuidad del cuidado son los dominios que definen la satisfacción del paciente. La definición de estas dimensiones figura en la tabla 7.

Tabla 6. Dimensiones de satisfacción del paciente y porcentajes y frecuencias con la que aparecen en 221 estudios analizados

DIMENSION	PORCENTAJE	FRECUENCIA
<b>Relación interpersonal (humanidad)</b>	65	143
<b>Información</b>	50	111
<b>Calidad general</b>	45	100
<b>Competencia técnica</b>	43	95
<b>Burocracia</b>	28	61
<b>Acceso</b>	27	59
<b>Coste</b>	18	40
<b>Instalaciones</b>	16	36
<b>Resultados</b>	6	13
<b>Continuidad</b>	4	10
<b>Atención a problemas psicosociales</b>	3	7

Fuentes: 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(6): 637-644; Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literatura. Soc Sci Med 1988; 27 (9): 935-939

Tabla 7. Definición de dimensiones de satisfacción del paciente

- **Accesibilidad:** facilidad de localización física, horarios de operación, acceso telefónico, tiempo de espera de la cita, tiempo de espera en la sala de espera.
- **Manejo técnico administrativo:** ambiente de facilidad, parking, pagos o exigencias del proceso, programas de mejora de la calidad.
- **Manejo interpersonal:** respuestas a las quejas o sugerencias, amigabilidad de los proveedores y de otros miembros del personal sanitario, cantidad de tiempo empleado con cada paciente, respeto a la privacidad del paciente.
- **Continuidad de cuidado:** el conocimiento de la historia del paciente por el proveedor, la recomendación del paciente por parte del profesional a otros profesionales, satisfacción general con intervención recibida.

Otros autores como Thompson A, Suñol R<sup>138</sup>, Saturno PJ<sup>1</sup>, Baker y Taylor<sup>139</sup>, identificaron dimensiones similares a las definidas por autores previos, tales como la accesibilidad, ambiente, comunicación y trato, disponibilidad, continuidad y percepción de la calidad científico-técnica.

En resumen, podemos decir que la satisfacción es un concepto multidimensional. Debido a esta dimensionalidad, resulta problemática su consideración global, siendo un producto de muchos acontecimientos positivos y negativos, siendo recomendable indagar las causas que las producen para que la medición resulte útil, puesto que la globalidad puede resultar engañosa.

### **2.2.1.2. Atributos específicos relacionados con algias vertebrales**

Ningún autor ha identificado y explicitado atributos específicos relacionados con la calidad percibida en el tratamiento de la cervicalgia mecánica. Sin embargo, en el caso de pacientes con lumbalgia, Verbeek J et al<sup>142</sup> realizaron una revisión sistemática de estudios empíricos cualitativos y cuantitativos en los cuales se informaron sobre aspectos del tratamiento con los que los pacientes asociaron insatisfacción o los manifestaron como parte de sus expectativas.

Verbeek J et al<sup>142</sup> obtuvieron doce estudios cualitativos y ocho estudios cuantitativos que incluyeron pacientes con lumbalgia inespecífica agudo, crónica o mixta. Los estudios fueron realizados por médicos generales, quiroprácticos y osteópatas. No hubo ningún estudio realizado por fisioterapeutas. Las percepciones negativas y desconfirmaciones identificadas y consideradas relevantes para Verbeek J et al<sup>142</sup>, fueron clasificadas de acuerdo al listado de la tabla 8. En el caso de los estudios cuantitativos se consideraron relevantes aquellos aspectos que provocaron insatisfacción o percepciones negativas en más del 10% de los pacientes. En el caso de los estudios cualitativos, se consideraron relevantes aquellos aspectos mencionados por los pacientes y considerados relevantes por los autores.

En los estudios cuantitativos, los aspectos del tratamiento indicados por mayor porcentaje de pacientes, como percepciones negativas o insatisfacciones han sido los relativos al manejo clínico y al manejo interpersonal.

Los aspectos del tratamiento más indicados por los pacientes como percepciones negativas o insatisfacciones fueron los relacionados con el manejo clínico. Estos aspectos fueron

concretamente *la ausencia de mejoría del dolor lumbar después de un mes (87%) y la falta de información e idea aproximada del tiempo de recuperación (84%)*. Otros aspectos también importantes y relevantes percibidos por los pacientes se correspondieron con el manejo interpersonal. Estos aspectos fueron *la falta de preocupación del médico acerca del dolor del paciente (80%), la falta de confianza con el médico (79%) e insuficiente tiempo empleado por el médico (72%)*.

Los aspectos del tratamiento menos indicados por los pacientes como percepciones negativas o insatisfacciones fueron los relacionados sobre todo con el manejo clínico. Estos aspectos fueron *ausencia de instrucciones por parte del proveedor acerca del cuidado de la espalda (18%), ausencia de explicación de la causa del dolor de espalda (19% y 20%), no minucioso examen de la espalda (20%), ausencia de consejos acerca de dolor de espalda y su prevención (20%) y tratamiento in útil, también con un 20%*.

Tabla 8. Aspectos del tratamiento para pacientes con dolor de espalda que han expresado percepciones negativas o insatisfacción.

Aspecto del tratamiento	Estudios Cualitativos	Estudios Cuantitativos	Citas o frases
<b>* Manejo clínico</b>			
Diagnóstico	Rhodes <sup>143</sup> ; McPhillips-Tangum <sup>144</sup> , Signell <sup>145</sup> ; Schers <sup>146</sup> ; Skelton <sup>147</sup> ; Cedraschi <sup>148</sup> ; Abyholm <sup>149</sup> ; Walker <sup>150</sup> .	Curtis <sup>151</sup> ; Deyo <sup>152</sup> .	"No hubo realmente un diagnóstico. Sobre unas radiografías ellos no estuvieron seguros de lo que había" (McPhillips-Tangum <sup>144</sup> )
Competencia técnica	Rhodes <sup>143</sup> ; McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ; Skelton <sup>147</sup> .	Curtis <sup>151</sup> ; Nyiendo <sup>153</sup> ; Carey <sup>154</sup> .	"Mi espalda me estaba doliendo. Yo le dije al doctor lo que me pasaba y no me ha examinado, es como un coche que no se puede examinar solo mirándolo" (Rhodes <sup>143</sup> )
Información/instrucciones	McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ; Schers <sup>146</sup> ; Skelton <sup>147</sup> ; Cedraschi <sup>148</sup> ; Abyholm <sup>149</sup> ; Rogers <sup>155</sup> ; Östlund <sup>156</sup> ; Grimmer <sup>157</sup> .	Carey <sup>154</sup> ; Nyiendo <sup>153</sup> ; Curtis <sup>151</sup> ; Cherkin <sup>158</sup> ; Nyiendo <sup>153</sup> .	"Necesito más conocimiento o consejos de alguien. Necesito saber qué hacer" (McPhillips-Tangum <sup>144</sup> )
Conveniencia del Tratamiento	McPhillips-Tangum <sup>144</sup>		"A cerca del TENS: lo uso cuando el dolor es severo, pero las baterías sólo duran durante 1 día y eso es caro" (McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ).
Alivio del dolor	Grimmer <sup>157</sup> ; Signell <sup>159</sup> ; Rhodes <sup>143</sup> ; McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ; Cedraschi <sup>148</sup> ; Walker <sup>140</sup> .	Carey <sup>154</sup> ; Nyiendo <sup>153</sup> ; Carey <sup>160</sup> ; Curtis <sup>151</sup> .	"Yo no he mejorado en ningún lugar. He probado diferentes cosas (TENS, fisioterapia) y estoy aún igual" (Walker <sup>140</sup> ).
<b>* Recursos</b>			
Test diagnóstico	Schers <sup>146</sup> ; Rhodes <sup>143</sup> ; McPhillips-Tangum <sup>144</sup>		"Con una radiografía tú conoces más, tú conoces mejor tu cuerpo" (Schers <sup>146</sup> ).
Otra terapia	Schers <sup>146</sup> ; Skelton 1996; McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>		"Me remitieron al fisioterapeuta hace ya 7 años" (Schers <sup>146</sup> ).
Consultas al especialista	McPhillips-Tangum <sup>144</sup>		"...empecé a preguntar para intentar encontrar a otro doctor que me ayudara" (McPhillips-Tangum <sup>144</sup> ).

Continuación Tabla 8.

Aspecto del tratamiento	Estudios Cualitativos	Estudios Cuantitativos	Citas o frases
<b>* Recursos</b> Certificación de enfermedad	Skelton <sup>147</sup> ; Rogers <sup>155</sup> ; Östlund <sup>156</sup> ; Chew <sup>161</sup>	Curtis <sup>151</sup>	"Mi médico me dijo: cuando me recupero del dolor, tengo que seguir trabajando" (Östlund <sup>156</sup> )
<b>* Manejo interpersonal</b> Comunicación	Signell <sup>145</sup> ; Skelton <sup>147</sup> ; Walker <sup>150</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>		"Cuando tratan no se entiende lo que hablan. A mí me gusta que me hablen a mi nivel" (Walker <sup>150</sup> )
<b>* Manejo interpersonal</b> Implicación del paciente	Grimmer <sup>157</sup> ; Rogers <sup>155</sup>		"Necesito saber las opciones de tratamiento... y depende de mí llevar a cabo esas decisiones" (Rogers <sup>155</sup> )
Escucha	Skelton <sup>147</sup> ; Rhodes <sup>143</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>		"Cuando la gente tiene un problema habla con sus doctores... Ellos no escuchan lo que se le dice" (Rhodes <sup>143</sup> )
Respeto	Walker <sup>150</sup>		"Es como si el médico está diciéndome: bien yo he ido al colegio y a la universidad y usted es una persona inferior" (Walker <sup>150</sup> )
Confianza en la relación	Grimmer <sup>157</sup> ; Östlund <sup>156</sup> ; Rhodes <sup>143</sup> ; Walker <sup>150</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>	Nyiendo <sup>153</sup> ; Nyiendo <sup>162</sup> ; Cherkin <sup>158</sup>	"No tengo realmente alguna fe, lo que quiero averiguar es lo que está causando todos mis dolores y parezco encontrarme una pared pálida" (Walker <sup>150</sup> )
Tiempo/esfuerzo	Skelton <sup>147</sup> ; Rhodes <sup>143</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>	Nyiendo <sup>162</sup> ; Cherkin <sup>158</sup>	"Ella podría ser una buena doctora, pero pienso que no tiene tiempo para los pacientes" (Skelton <sup>147</sup> )
Comprensión	Walker <sup>150</sup> ; Abyholm <sup>149</sup>	Nyiendo <sup>153</sup> ; Nyiendo <sup>162</sup> ; Cherkin <sup>158</sup> ; Deyo <sup>152</sup>	"Se creen que son lo más importante" (Abyholm <sup>149</sup> )
<b>* Continuidad del cuidado</b> Tiempo de espera	Walker <sup>150</sup>		"Ella estuvo en espera durante hora y media y... sin la disculpa" (Walker <sup>150</sup> )

## 2.2.2. ATRIBUTOS RELACIONADOS CON CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA EN LA CERVICALGIA MECÁNICA SUBAGUDA Y CRÓNICA

Los atributos o aspectos relacionados con la calidad científico-técnica en el manejo terapéutico del paciente con cervicalgia mecánica subaguda o crónica, se corresponden con intervenciones específicas o modalidades de tratamiento, que según la literatura científica disponible producen beneficio, o su beneficio está ausente. En este apartado se citarán las modalidades del tratamiento para el manejo terapéutico del paciente con cervicalgia mecánica subaguda y/o crónica, que según la evidencia científica disponible producen beneficio o ausencia de beneficio.

Diversos autores han realizado revisiones sistemáticas con objeto de identificar atributos relacionados con la calidad científico-técnica en la atención fisioterápica a la cervicalgia<sup>163-168</sup>. En

base a sus conclusiones y los estudios utilizados, exponemos en la tabla 9 las modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia sólida y moderada de beneficio y de no beneficio, y en la tabla 10, las modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia limitada de beneficio. Esta clasificación de modalidades sólidas, moderadas o limitadas se basa en el sistema propuesto por Van Tulder et al<sup>169</sup>. Este sistema de clasificación consta de cinco categorías de evidencia:

- 1) Pruebas sólidas: hallazgos consistentes entre múltiples (dos o más) ensayos clínicos aleatorios (ECA) de alta calidad.
- 2) Pruebas moderadas: hallazgos consistentes entre múltiples (dos o más) ECA o ensayos clínicos controlados (ECC) de baja calidad o un ECA de alta calidad.
- 3) Pruebas limitadas: un ECA y/o un ECC (de baja calidad).
- 4) Pruebas contradictorias: hallazgos inconsistentes entre múltiples ECA y/o ECC.
- 5) Sin pruebas: no se encontraron ECA ni ECC.

Por otra parte, adicionalmente se detallan los principales estudios y conclusiones que sustentan su consideración como atributos de calidad científico-técnica.

Tabla 9. Modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia sólida y moderada de beneficio y de no beneficio.

<p><b>Evidencia de Beneficio</b></p> <p><u>Ejercicios de fortalecimiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hay pruebas de beneficio de los ejercicios de fortalecimiento del cuello frente a no tratamiento, para las cefaleas, la discapacidad y el efecto general percibido, a corto plazo y a largo plazo<sup>170,171</sup>.</li><li>• Los ejercicios de fortalecimiento del cuello y hombro son más efectivos que las actividades recreativas, para el dolor cervical y la discapacidad a largo plazo<sup>172</sup>.</li></ul> <p><u>Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un programa de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento del cuello y hombros es más efectivo frente a no tratamiento, para la discapacidad a corto plazo<sup>173</sup>.</li></ul> <p><u>Ejercicios propioceptivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hay pruebas de beneficio de los ejercicios propioceptivos de reeducación oculo-cervicocinética frente a otros tratamientos (tratamiento farmacológico o medidas educativas) para el alivio del dolor a corto plazo<sup>98,174</sup>.</li></ul>
--

Continuación Tabla 9.

Manipulación

- La manipulación junto con ejercicios de fortalecimiento es más efectiva que la manipulación, para la fuerza y el rango de movimiento a corto plazo<sup>175</sup>.

Movilización

- La movilización es más efectiva que los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, para el dolor, la función y el efecto general percibido a corto plazo<sup>176</sup>.
- La movilización es más efectiva que la atención médica habitual, para el efecto general percibido a corto plazo<sup>176</sup>.

**Evidencia de No Beneficio**

Manipulación

- Una sesión de manipulación no es más efectiva que otros tratamientos ineficaces, para el alivio del dolor a corto plazo<sup>177</sup>.
- La manipulación no es más efectiva que la atención médica habitual para el dolor medicación, ejercicios para casa y consejos acerca de la postura y realización de actividades<sup>178-180</sup>.

Movilización

- La movilización no es más efectiva que la acupuntura para el dolor y la función<sup>181</sup>.
- La manipulación o movilización no son más efectivas que los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento del cuello, para el dolor a corto y largo plazo<sup>182</sup>.

▪ **Ejercicios de fortalecimiento**

Dos estudios mostraron un efecto positivo de los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del cuello cuando se comparó con un grupo de no tratamiento<sup>170,171</sup>.

En el estudio de Goldie I et al<sup>170</sup>, ensayo de baja calidad, se obtuvieron pruebas de beneficio en el efecto general percibido, cuando se comparó el fortalecimiento del cuello con no tratamiento a corto plazo (3 semanas de tratamiento y 3 semanas de seguimiento) para los trastornos mecánicos del cuello crónicos.

En el estudio de Jull G et al<sup>171</sup>, ensayo de alta calidad, cuando se comparó el fortalecimiento del cuello con un control (no tratamiento), hubo beneficio a corto plazo (7 semanas de tratamiento) y a largo plazo (45 semanas de seguimiento) para las cefaleas

(intensidad y frecuencia), la discapacidad y el efecto general percibido, para el trastorno del cuello con cefalea crónico.

Adicionalmente, un ensayo clínico aleatorio<sup>172</sup> mostró que los ejercicios de fortalecimiento del cuello y hombro mejoraron significativamente el dolor cervical y la discapacidad después de 12 meses de tratamiento comparado con un grupo control (actividades recreativas). El fortalecimiento de la región cervical consistió en ejercicios isométricos realizados mediante banda elástica.

- **Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento**

Un ensayo clínico aleatorio<sup>173</sup> mostró pruebas de beneficio para la discapacidad a corto plazo (4 semanas de tratamiento) al comparar un programa de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de cuello y hombros (con una duración del programa de tratamiento de 4 semanas por semana) asociado a agentes físicos con un grupo control, que no recibió tratamiento.

Un ensayo clínico aleatorio mostró que la adición de movilización espinal a los programas de ejercicios de fortalecimiento y estiramiento no produce beneficios añadidos. Así, Bronfort<sup>175</sup> mostró que no hubo pruebas de diferencias sobre el dolor o la función al comparar un programa de movilización pasiva espinal y ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de cuello y espalda superior con un programa de estiramiento y fortalecimiento intensivo mediante máquinas.

- **Ejercicios propioceptivos**

Varias revisiones sistemáticas han concluido la efectividad de los ejercicios propioceptivos para los trastornos mecánicos de cuello crónicos<sup>163-166</sup>, en base a dos ensayos clínicos de alta calidad.

Los dos ensayos clínicos aleatorios existentes han mostrado pruebas de beneficio para el alivio del dolor a corto plazo para los ejercicios propioceptivos del cuello frente a un tratamiento sintomático farmacológico<sup>98</sup> o medidas educativas del paciente para las actividades de la vida diaria<sup>174</sup>.

El estudio de Revel M et al<sup>98</sup> realizado con pacientes con cervicalgia crónica (más de 3 meses de duración) y teniendo el 37% evidencia radiográfica de osteoartritis, encontró que los ejercicios propioceptivos de reeducación oculocervicocinética que se aplicaron al grupo de tratamiento redujeron significativamente el dolor y hubo mejoría funcional a corto plazo (8 semanas de tratamiento y 2 semanas de seguimiento) comparado con el grupo control, que recibió tratamiento mediante analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos o relajantes musculares. El programa de ejercicios consistió en 15 sesiones individuales, 2 veces a la semana durante 8 semanas.

El estudio de Taimela S et al<sup>174</sup> realizado con pacientes con cervicalgia crónica (más de 3 meses de duración), encontró que los ejercicios propioceptivos de reeducación oculocervicocinética que se aplicaron al grupo de tratamiento redujeron significativamente el dolor a corto plazo (12 semanas de tratamiento y 2 semanas de seguimiento) comparado con el grupo control, que recibió consejos a tener en cuenta en la realización de las actividades de la vida diaria. La mejoría del dolor no persistió a largo plazo (36 semanas de seguimiento). El programa de ejercicios consistió en 23 sesiones individuales, 2 veces a la semana durante 12 semanas.

- **Manipulación**

Una revisión sistemática<sup>183</sup> concluyó, en base a dos ensayos clínicos de baja calidad<sup>179,184</sup> que no hubo diferencia en el alivio del dolor a corto plazo, al comparar una sesión de manipulación con otros tratamientos que se consideraban ineficaces para los trastornos mecánicos del cuello crónicos y subagudos.

Un metaanálisis<sup>185</sup> concluyó, en base a tres ensayos clínicos, uno de alta calidad<sup>178</sup> y dos de baja calidad<sup>179,180</sup>, que no hubo diferencia significativa en la mejora del dolor, al comparar la manipulación con medicación, ejercicios para casa y consejos acerca de la postura y realización de actividades.

## ▪ Movilización

Un ensayo clínico aleatorio de alta calidad<sup>181</sup> mostró que la movilización comparada con acupuntura no produjo diferencia significativa en el dolor y en la función, a corto plazo (6 semanas) y a largo plazo (6 meses).

Un ensayo clínico aleatorio de alta calidad<sup>186</sup> mostró que la manipulación o movilización frente a ejercicios de estiramiento y de fortalecimiento isométrico del cuello no produjo diferencia significativa en el dolor a corto plazo (6 semanas) y a largo plazo (46 semanas de seguimiento).

En la tabla 10 se exponen las modalidades terapéuticas para las que existen evidencia limitada de beneficio o evidencia de no beneficio. A continuación se detallan los principales estudios y conclusiones que sustentan su consideración como atributos de calidad científico-técnica.

Tabla 10. Modalidades terapéuticas de fisioterapia con evidencia limitada de beneficio.

<p><b>Evidencia Limitada</b></p> <p><u>Tracción</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La tracción cervical mecánica intermitente es efectiva frente a no tratamiento, ante dolor cervical crónico con irradiación MS<sup>170</sup>.</li></ul> <p><u>TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El TENS es efectivo frente a la electroestimulación muscular y el placebo, para el alivio del dolor a corto plazo<sup>187</sup>.</li></ul> <p><u>Ultrasonido</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El ultrasonido no es efectivo frente a placebo<sup>188</sup>.</li></ul> <p><u>Termoterapia</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La termoterapia combinada masaje y ejercicios es menos efectiva que la manipulación o movilización, para el alivio del dolor y la función a largo plazo<sup>178</sup>.</li></ul> <p><u>Masaje</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El masaje es más efectivo frente al tratamiento médico (fármacos y consejos) para el dolor, depresión y ansiedad a corto y a largo plazo<sup>189</sup>.</li></ul>
---

- **Tracción cervical**

Una revisión sistemática ha concluido que existe evidencia limitada de que la tracción cervical es efectiva en pacientes con cervicalgia mecánica crónica<sup>163</sup>. Esta revisión se basó en el hallazgo de solo un ensayo clínico controlado no aleatorio de baja calidad<sup>170</sup> que se realizó con pacientes con dolor cervical mecánico crónico y con radiculopatías entre C5 y D1. Este estudio demostró que la tracción cervical mecánica intermitente aplicada conjuntamente con ejercicios de fortalecimiento estático en el grupo de tratamiento produjo una mejoría relativa del dolor frente al grupo de pacientes que no recibieron ningún tratamiento (grupo control). La tracción se aplicó en posición supina y con un peso entre 10 y 14 Kg.

Tres ensayos clínicos aleatorios fueron excluidos en esta revisión por diferentes motivos<sup>190-192</sup>.

- **TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)**

Tres revisiones sistemáticas<sup>163,167,168</sup> concluyeron que hay falta de ensayos clínicos aleatorios de suficiente calidad que evidencien la validez de la efectividad del TENS.

Un ensayo clínico aleatorio de baja calidad valoró la eficacia del TENS para pacientes con cervicalgia mecánica crónica<sup>187</sup>. Este estudio se realizó con pacientes con puntos gatillos crónicos en el trapecio superior. Se encontró que la aplicación única del TENS sobre un punto gatillo, con 60 Hz y la intensidad máxima con la que el paciente no sintió contracción muscular, proporcionó mejoras inmediatas significativas en la intensidad del dolor de un 57.8 % (tras 15-20 minutos de aplicación) frente a la electroestimulación muscular (con 10 Hz) y el placebo (50). Además, estas mejoras se presentaron muy similares tanto en pacientes con moderado dolor como en pacientes con intenso dolor, según escala analógica visual.

- **Ultrasonido**

Una revisión sistemática ha concluido que existe evidencia limitada que el ultrasonido no es efectivo en pacientes con cervicalgia mecánica crónica<sup>163</sup>.

Esta revisión identificó un ensayo clínico controlado<sup>188</sup> que se realizó con pacientes con puntos gatillo en uno de los músculos trapecio superior. Encontró que no hubo beneficio del

ultrasonido terapéutico sobre el alivio del dolor para los pacientes con cervicalgia crónica con respecto al ultrasonido terapéutico placebo.

- **Termoterapia**

Dos revisiones sistemáticas<sup>163,168</sup> concluyeron que hay falta de ensayos clínicos aleatorios de suficiente calidad que evidencien la validez de la efectividad de la termoterapia.

Un ensayo clínico aleatorio valoró la eficacia de la termoterapia para pacientes con cervicalgia crónica<sup>178</sup>. Este estudio se realizó con pacientes aquejados del cuello con una duración mínima de 6 semanas y que no recibieron fisioterapia o terapia manipulativa en los 2 últimos años. Observó que el calor combinado con otro tratamiento físico (masaje, ejercicios) fue menos efectivo en el alivio del dolor y la mejoría funcional frente a la manipulación o movilización de la columna después de doce meses de seguimiento.

- **Masaje**

Una revisión sistemática<sup>163</sup> concluyó que hay falta de ensayos clínicos aleatorios de suficiente calidad que evidencien la validez de la efectividad del masaje.

Un ensayo clínico aleatorio valoró la eficacia del masaje para pacientes con cervicalgia crónica<sup>189</sup>. Este estudio encontró que tanto el masaje, aplicado al grupo de tratamiento, como el tratamiento médico utilizado en el grupo control, produjeron mejoría significativa en el dolor y en los síntomas de depresión y ansiedad a corto plazo (5 semanas de tratamiento). A largo plazo (3 meses de seguimiento), la mejoría se mantuvo sólo para los pacientes que fueron tratados con masaje.

### **2.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

La evaluación de la calidad consiste en un juicio sobre el proceso de la atención<sup>193</sup>. Para poder llevar a cabo este juicio es preciso obtener información sobre dicho proceso.

En el siguiente subapartado expondremos una perspectiva en la que puede ser clasificada la información de la evaluación. A continuación también expondremos las herramientas empleadas para evaluar la calidad de la atención sanitaria. Finalmente, indicaremos las fuentes de información utilizadas en la evaluación de la calidad.

### 2.3.1. PERSPECTIVAS DE LA EVALUACIÓN

Según Donabedian<sup>14,194</sup>, la información sobre el proceso de atención, a partir de la cual ciertas deducciones pueden ser sacadas acerca de la calidad de la asistencia, puede ser clasificada de acuerdo a diferentes perspectivas. Donabedian propuso clasificar la información en tres categorías:

- Estructura
- Proceso
- Resultado.

#### *Evaluación de la estructura asistencial*

La estructura implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento, dinero), de los recursos humanos (número y calificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo sanitario, métodos de control de calidad)<sup>195</sup>. Aunque su medición es asequible, sencilla y con un bajo coste<sup>196</sup>, su utilidad para medir la calidad es todavía limitada, ya que no ha sido establecida de forma concluyente la existencia de una relación directa e inmediata entre la estructura y las actividades asistenciales<sup>195,197</sup>. En otras palabras, tal y como señaló Palmer RH<sup>197</sup> y Benson DS<sup>198</sup> “la existencia de una estructura adecuada no significa necesariamente un buen proceso o un buen resultado”.

#### *Evaluación del proceso asistencial*

El proceso asistencial implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye tanto las actividades del proveedor como las actividades del paciente para llevar a cabo la asistencia<sup>199</sup>. Tiene una relación más estrecha con los datos de resultado que con la estructura porque hay menos pasos intermedios y menos variables de confusión entre ambos<sup>197</sup>.

#### *Evaluación del resultado asistencial*

El resultado de la atención sanitaria implica un conjunto de modificaciones que se producen en el nivel de salud y en la satisfacción del usuario por la interacción de este último con el sistema sanitario<sup>196,197</sup>. Considerando una definición amplia del estado de salud, algunos

autores han considerado en esta área cambios en los conocimientos del paciente y en su comportamiento sanitario<sup>195, 197</sup>.

### 2.3.2. HERRAMIENTAS DE LA EVALUACIÓN

Para medir la calidad, todos los conceptos sobre aquello en que consiste la calidad deben ser traducidos a representaciones o herramientas más concretas que sean capaces de algún grado de cuantificación. Las herramientas de medición que se utilizan habitualmente en la evaluación de la calidad son de dos tipos: los criterios y los indicadores<sup>199</sup>.

Los **criterios** definen las condiciones que debe presentar una determinada práctica asistencial para que se considere aceptable desde el punto de vista de la calidad. Según el mayor o menor grado de especificación de estas condiciones, los criterios pueden ser de tipo explícito, que describen en qué consisten, o implícito, que no especifican cuáles son los criterios de calidad que se valoran. En actividades de evaluación de la calidad realizadas en diversos centros de atención sanitaria y con más de un evaluador, se considera que es preferible que los criterios sean de tipo explícito para facilitar la fiabilidad y la comparabilidad de las evaluaciones<sup>198</sup>.

Para distinguir los buenos criterios de los no tan buenos, es importante prestar atención a un cierto número de características esenciales<sup>200,210</sup> (Tabla 11).

---

Tabla 11. Características de los criterios para evaluar la calidad

---

- \* *Relevantes*: aspectos esenciales del problema a evaluar.
  - \* *Realistas*: puedan ser permitidos por el centro sanitario y sus pacientes.
  - \* *Válidos*: científicamente demostrados de calidad por la bibliografía.
  - \* *Aceptables*: aceptados por todos los profesionales implicados.
  - \* *Medibles*: cuantifican el nivel de calidad.
  - \* *Pocos*: menos de 10 como referencia útil.
  - \* *Fiabiles*: perfecta e unívocamente entendidos por todos los evaluadores.
- 

Los criterios y los indicadores son herramientas que tienen diferentes contextos de aplicación. Los criterios se emplean para evaluar el nivel de calidad de un servicio, mientras que

los indicadores, que se expondrán a continuación, se utilizan habitualmente para hacer cribaje o identificación de problemas de calidad.

Los **indicadores** son medidas cuantitativas de la calidad en las que se resume un aspecto importante de la atención al paciente o del servicio<sup>202</sup>.

Existen diversos tipos de indicadores en función del tipo de variable que se mide y la forma de resumir la medición: indicadores centinela, de número absoluto, de proporción y porcentaje, de tasa, de media, de ratio o razón y los indicadores compuestos o índice (index). De entre estos tipos de indicadores, los que utilizaremos en nuestro estudio van a ser los indicadores de proporción y porcentaje y los indicadores compuestos.

Los *indicadores de proporción* se caracterizan en que el numerador mide la ocurrencia del indicador en un grupo de casos que es el denominador. Los indicadores compuestos resumen en un solo número las mediciones de dos o más indicadores, que se llaman sub-indicadores. Los sub-indicadores no tienen por qué estar necesariamente relacionados. Los indicadores compuestos proveen una visión general, permitiendo ayudar en la toma de decisiones. Existen diferentes tipos de indicadores compuestos, según la realización o no de ponderación de los sub-indicadores y de realización o no de reconversión de escalas de medida de los sub-indicadores. Los que vamos a emplear en nuestro estudio son los *indicadores compuestos tipo porcentaje simple*, que son muy utilizados en la práctica, sobre todo en el ámbito de las encuestas de calidad percibida. En estas encuestas, las respuestas a los ítems individuales pueden servir como indicadores específicos de los diferentes aspectos del concepto, dimensión, o variable más compleja que resume el indicador compuesto.

Un ejemplo de este tipo de indicador es la “tasa de problemas”<sup>203</sup>, que resume las respuestas de varias preguntas sobre diversos aspectos de una variable compleja o dimensión indagada en la encuesta (por ejemplo, problemas percibidos de organización, accesibilidad, competencia profesional, etc.), expresándolo como % de problemas, según la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de problemas} = \frac{\sum \text{Respuestas que expresan existencia del problema}}{\sum \text{Preguntas que responden}} \times 100$$

### 2.3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

En toda evaluación de la calidad es importante hacer explícito de dónde se va a identificar los casos y extraer los datos para la medición. Entre las fuentes de datos habituales, para esta última, son habituales las historias clínicas, las encuestas de satisfacción y expectativas, los informes de usuarios, la observación directa y las quejas y reclamaciones.

En la medida de lo posible se aconseja evitar la creación de fuentes de datos ligada al proceso de evaluación<sup>204</sup>. No obstante en el ámbito de la calidad percibida, el tipo de información buscada y la inexistencia de instrumentos o herramientas específicas, hace aconsejable, en ocasiones, la necesidad de crear nuevos instrumentos.

#### Historias clínicas

Tradicionalmente la mayoría de las evaluaciones han utilizado las historias clínicas como la única fuente de datos, sencillamente por su fácil accesibilidad, detalle de las visitas de los pacientes y por constituir el registro legal de la asistencia prestada. Sin embargo adolecen de varias limitaciones<sup>194,205</sup>. Las principales dificultades informadas en la literatura por Borrel F<sup>206</sup>, Aguado JA y cols<sup>207</sup>, han sido:

- Su existencia no garantiza su uso continuado, sobre todo en atención ambulatoria.
- Ilegibilidad.
- No localización o duplicación.
- Ausencia de información.

Diversos estudios han utilizado los datos de las historias clínicas como fuente principal de datos para realizar evaluaciones<sup>208-217</sup>.

#### Observación directa

Una fuente de información alternativa a la historia clínica sobre el proceso de la atención puede ser la observación directa de la práctica médica<sup>205</sup>. Ha sido utilizada para estudiar la relación entre la calidad de la asistencia y las características del médico, o para validar los datos de las historias clínicas<sup>218</sup>.

Dos de los principales inconvenientes de este método de la observación directa de la práctica son el coste y el tiempo requerido<sup>193</sup>. Sin embargo, la principal limitación de este método

parecería ser los cambios que probablemente se producirían en la actividad habitual del médico que se sabe que es objeto de observación. En contra de esto, se ha aducido que a menudo el médico no está enterado del verdadero propósito del estudio, que se acostumbra rápidamente a la presencia del observador y que le resulta imposible modificar hábitos arraigados en el ejercicio de su profesión. A pesar de estas afirmaciones, la medición de los efectos que la observación puede tener en la práctica médica sigue siendo un problema no resuelto<sup>194</sup>.

### **Quejas y reclamaciones**

La posibilidad de recepción de quejas y reclamaciones existe en la mayoría de las instituciones sanitarias, pero muy frecuentemente por puro cumplimiento de la normativa legal. No está aún tan generalizada su utilización sistemática y positiva para la gestión de la calidad, a pesar de su importancia. Su utilidad potencial radica fundamentalmente en su valor como fuente de identificación de oportunidades de mejora, y también para incrementar la satisfacción y lealtad de los usuarios que se quejan, siempre que sean gestionadas adecuadamente<sup>219</sup>.

Se ha indicado que no es una herramienta válida para conocer la satisfacción ya que en realidad, sólo el 4% de los usuarios insatisfechos plantean sus quejas a las empresas. El otro 96% permanece insatisfecho, por término medio, le comunica su insatisfacción a otras nueve o diez personas<sup>220</sup>.

### **Encuestas**

Los usuarios, clientes o pacientes pueden participar en la evaluación y mejora de la calidad asistencial a través de una serie de métodos de evaluación, como pueden ser las encuestas. Hay diversos tipos de encuestas, como las encuestas de opinión, tipo encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas, encuestas de percepciones (de calidad percibida), y las encuestas tipo informe de los usuarios.

Las encuestas de satisfacción y las encuestas de expectativas tienen en común el enfoque subjetivo de sus respuestas (Tabla 12). Así, ambos exploran percepciones o valoraciones subjetivas sobre aspectos asistenciales, o sea, opiniones de los pacientes sobre aspectos de la atención recibida. Concretamente, las encuestas de satisfacción indagan generalmente el grado de satisfacción o insatisfacción, y de acuerdo o desacuerdo en relación

con aspectos de la atención sanitaria recibida y, las encuestas de expectativas exploran expectativas y necesidades de los usuarios respecto a los servicios de salud.

Tabla 12. Enfoques de las encuestas de opinión e informe de los usuarios

	Enfoque	Aspectos asistenciales
<b>Opinión</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción</li> <li>• Expectativas</li> <li>• Percepciones</li> </ul>	Subjetivo	Evaluación en una escala (ej: muy satisfecho a muy insatisfecho) de la atención profesional recibida; de la cortesía y respeto mostrado por los profesionales, etc.
<b>Informe</b>	Objetivo	Indicación (si/no) de realización de acciones concretas (ej: ver radiografías en la primera visita, palpación musculatura, etc...)

Adaptado de: Davies AR, Ware JE: Involving Consumers in Quality of Care Assessment. Health Affairs, Spring 1988: 33-48.

Las encuestas de expectativas permiten diseñar los procesos de atención y construir encuestas de satisfacción contextualizadas al saber qué cosas son valoradas por los usuarios<sup>221-224</sup>. Para que sean útiles, el listado de expectativas a considerar en la encuesta es conveniente que sea obtenido en base a una exploración cualitativa previa. Diversos estudios han empleado encuestas de expectativas utilizando cuestionarios específicos<sup>225-233</sup>. En ocasiones, también se han utilizado cuestionarios de expectativas junto con satisfacción, por ejemplo, el SERVQUAL<sup>116</sup>. Es una encuesta que valora la importancia de expectativas y la percepción de hasta qué punto las expectativas se cumplen en relación al servicio que se quiere evaluar.

Las encuestas de satisfacción pueden servir para diseñar intervenciones que mejoren, si ello es posible, la situación de partida. Para que sean útiles es necesario que se realicen a quienes hayan utilizado los servicios que se evalúan, y es preciso que indaguen además del grado de satisfacción o insatisfacción, las causas con que se relaciona, para así saber qué hacer para mejorar. Diversos estudios han utilizado encuestas de satisfacción para valorar la percepción de los pacientes y su grado de satisfacción<sup>234-244</sup>. Es por ello, que la tendencia actual es realizar encuestas de calidad percibida, con un componente de valoración subjetiva del servicio recibido, pero acompañadas de preguntas tipo informe sobre aquellas cuestiones que se sabe que son valoradas por el paciente y que influyen en su satisfacción<sup>219</sup>.

Ante el interés por obtener datos objetivos sobre experiencias asistenciales concretas, surge con fuerza a nivel internacional a finales de la década de los 80 y principios de los 90 el

informe del paciente, cuyo concepto, utilidad, estudios previos de fiabilidad y validez y recomendaciones para la construcción y administración del cuestionario, los expondremos en el siguiente apartado<sup>245-247</sup>, tanto en la atención ambulatoria<sup>248</sup> como en la hospitalaria<sup>245</sup>.

## **2.4. EL INFORME DEL USUARIO COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

### **2.4.1. CONCEPTO**

El informe del usuario es un cuestionario en el que se pregunta a los pacientes si ha ocurrido o no aspectos concretos de la atención sanitaria recibida. Los aspectos que se miden con más frecuencia son el componente técnico, la accesibilidad, el trato interpersonal y la continuidad de la atención<sup>217</sup>. Para medir la ocurrencia o no de estos aspectos en el informe del usuario se emplean diferentes tipos de preguntas, como preguntas dicotómicas (Sí/No), de frecuencia (escala de opciones, como ejemplo: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca) y de cantidades (tiempo, número de visitas, etc) entre las más frecuentes.

La idea de preguntarle al paciente para obtener datos objetivos surge como consecuencia del interés surgido por saber dónde hay un problema, en qué consiste y con ello, poder diseñar y monitorizar una determinada intervención. Por ejemplo, los resultados obtenidos en el informe serían del tipo siguiente: “a un 30% de los pacientes que han recibido tratamiento fisioterápico, su fisioterapeuta no le ha explicado el tratamiento que iba a recibir” o “un 60% de los pacientes han tenido que esperar más de quince minutos para comenzar el tratamiento en la unidad de fisioterapia”. Las opiniones o juicios subjetivos de los pacientes, obtenidos sobre todo a través de encuestas de satisfacción<sup>125,126,249-253</sup> que se han solicitado más frecuentemente, no permiten identificar problemas o déficits a través de los resultados obtenidos. Así, las encuestas de satisfacción permiten indicadores de la actividad asistencial menos útiles<sup>254,255</sup>. Ejemplos de indicadores obtenidos en las encuestas de satisfacción pueden ser: “un 80% de los pacientes con procesos agudos han mostrado estar satisfechos con el tratamiento recibido” o “un 75% de los pacientes con procesos crónicos han estado satisfechos con la medicación recibida”.

Vamos a exponer a continuación la utilidad del informe del usuario como instrumento de medida y fuente de información de aspectos relacionados con la calidad en la atención sanitaria, así como estudios que se han realizado en los que se demuestra la fiabilidad y validez del informe del usuario.

### **2.4.2. UTILIDAD DEL INFORME DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

El informe del usuario, como instrumento de medida, puede proporcionar información útil y válida para la valoración de la calidad en la atención sanitaria<sup>256</sup>. Se ha señalado que puede

ser un instrumento que (i) sustituya al uso de la historia clínica con fines epidemiológicos o de evaluación de la calidad<sup>217</sup>, (ii) o incluso como el único instrumento capaz de proporcionar información objetiva de algunos aspectos de la atención que raramente se registran<sup>257-259</sup>.

Desde la perspectiva de la evaluación de la calidad, el informe del usuario puede ser utilizado como sustituto de la historia clínica para los aspectos de carácter técnico<sup>207,260,261</sup>. El desarrollo del informe de pacientes para estudios de calidad se ha visto favorecido por la presencia de una serie de dificultades en las historias clínicas, que ha sido una fuente tradicional para la evaluación del proceso asistencial<sup>262,263</sup>. Las principales dificultades de las historias clínicas informadas en la literatura han sido resumidas por Borrel F, Aguado JA, García C, García Boro, Guarda A y García M<sup>205,206</sup>, han sido:

- Su existencia no garantiza su uso continuado, sobre todo en atención ambulatoria. La evaluación del sistema de registro en un centro de salud que utilizaba la historia clínica de forma rutinaria desde hacía cinco años, estimó que tan sólo un 40% de las consultas médicas quedaban registradas en la historia clínica.
- Illegibilidad. Hay estudios que muestran que entre un 22 y un 38% de las historias clínicas en los centros de salud son ilegibles.
- No localización o duplicación. Un 10% no son localizables o están duplicadas en el momento de la revisión.
- Ausencia de información. Auditorías realizadas con historias clínicas en diversos centros sanitarios muestran que con frecuencia no existe información sobre antecedentes personales o sobre determinados hábitos o uso de medicamentos. Por ejemplo, no constan las cifras de tensión arterial en más del 50% de las historias, el hábito tabáquico está registrado entre 20-84%, el 25-85% el consumo de alcohol y el 40% el uso de medicamentos.

El informe del usuario como única fuente de información se ha propuesto útil en relación a aspectos interpersonales (trato, comunicación, ...) del proceso de atención y otros datos corrientemente no registrados en otras fuentes<sup>257-259</sup>, y que sin embargo son relevantes para la calidad: la coordinación o descoordinación de mensajes recibidos de los distintos profesionales que intervengan en el proceso de atención, explicaciones sobre tratamientos y pruebas

complementarias, recepción efectiva de mensajes educativos, expectativas del paciente, accesibilidad, etc<sup>245,264</sup>.

### **2.4.3. ESTUDIOS SOBRE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INFORME DEL USUARIO**

A pesar de la relativamente escasa experiencia existente sobre el informe del usuario, toda la evidencia empírica procedente de estudios epidemiológicos, de calidad u otros, parece confirmar la fiabilidad y validez de este método<sup>265</sup>.

#### **2.4.3.1. Fiabilidad del informe del usuario**

Diversos estudios han evaluado la fiabilidad del informe del usuario en relación a aspectos técnicos. El diseño utilizado por tales estudios de fiabilidad ha sido el de “formas paralelas”, comparando los datos procedentes del informe del usuario con otras fuentes de datos (historias clínicas, informes). La mayoría de los estudios han demostrado la fiabilidad del informe del usuario como fuente de información sobre aspectos relativos al diagnóstico de enfermedades, la toma de medicación, realización de intervenciones tales como procedimientos quirúrgicos u otros. A continuación exponemos algunos resultados obtenidos en cada uno de tales aspectos:

- a) En relación al diagnóstico de enfermedades, se ha evidenciado que proporciona una pobre concordancia en relación a enfermedades infecciosas como la prostatitis, infección del tracto urinario y enfermedad de transmisión sexual<sup>266</sup>. Sin embargo, una moderada y sustancial concordancia para presencia o diagnóstico de enfermedades crónicas. Moderada concordancia se ha detectado para bronquitis crónica, enfisema pulmonar<sup>267-270</sup> y enfermedad cerebrovascular<sup>125,126,271,269</sup>. No obstante, la concordancia ha sido pobre para la enfermedad arterioesclerótica periférica<sup>269</sup>, artritis, osteoporosis y estenosis espinal<sup>215,269,272</sup>. Sustancial y excelente concordancia se ha encontrado para diabetes melitus<sup>216,268,270,273-276</sup>, infarto de miocardio<sup>215,216,261,269,273,275</sup>, enfermedad de parkinson<sup>215,272</sup>, enfermedad coronaria y otras enfermedades cardiovasculares<sup>217</sup>, neoplasmas malignos<sup>214,261,272,276</sup>, hipertensión arterial<sup>217,260,261,277</sup> y artrosis<sup>217</sup>.
- b) En relación a la toma de medicación, el informe del usuario muestra una pobre concordancia para la toma de medicación en pacientes con diabetes<sup>135</sup>, pacientes con

insuficiencia cardiaca y medicación durante el embarazo<sup>270</sup>. Sin embargo, se ha observado moderada concordancia para la toma de medicación de píldoras hormonales en pacientes con cáncer de próstata<sup>213</sup>.

- c) En relación a la realización de intervenciones, se ha evidenciado una sustancial concordancia en relación con procedimientos quirúrgicos como la prostatectomía y la orquiectomía<sup>213</sup> y con la realización de actividades como interrogatorio de tabaco y de alcohol<sup>207</sup>, toma de tensión arterial, radiografía de tórax, medición de colesterol y mamografía<sup>265</sup> y citología vaginal<sup>278</sup>. Sin embargo, se ha detectado una concordancia pobre se ha detectado para la circuncisión, examen rectal digital, aplicación de ultrasonido prostático<sup>266</sup>.

Como ya se ha citado en el apartado 2.1.2, sobre calidad científico-técnica, según Donabedian<sup>17</sup>, los aspectos técnicos de la atención se acompañan de aspectos interpersonales tales como confidencialidad, elección informada, empatía, honestidad, tacto, preocupación y sensibilidad o de las comodidades del cuidado tales como confort, privacidad, .... La fiabilidad del informe del usuario con relación a estos aspectos no ha sido estudiada, aunque sí se han utilizado informes para evaluar dichos aspectos. En concreto, en un estudio denominado el PPPCR (Picker/Commonwealth program for patient-centered care)<sup>245</sup>, realizado en hospitales de USA, se estudió el porcentaje de pacientes que presentaron problemas respecto a algunos aspectos interpersonales como la privacidad, información aportada, la confianza, accesibilidad, coordinación de la atención, necesidades expresadas, comunicación, educación, confort físico, soporte emocional, y continuidad del cuidado pero no se llegó a estudiar la fiabilidad de los mismos.

#### **2.4.3.2. Validez del informe del usuario**

Diversos estudios han evaluado la validez del informe del usuario en relación a aspectos técnicos. La validez habitualmente utilizada por tales estudios ha sido la validez de criterio comparando los datos del informe del usuario con los datos de las historias clínicas. Los indicadores de validez utilizados han sido la sensibilidad y especificidad. La mayoría de los estudios han demostrado la validez del informe del usuario como fuente de información sobre aspectos relativos al diagnóstico de procesos traumáticos y de procesos crónicos, realización de

procedimientos quirúrgicos y a la toma de medicación. A continuación exponemos algunos resultados obtenidos en cada uno de tales aspectos:

- a) En relación al diagnóstico de procesos, se ha evidenciado que proporciona una alta sensibilidad y especificidad (iguales o superiores al 75%) en relación con procesos traumáticos, como la fractura de cadera y, para diagnóstico de procesos crónicos como la enfermedad de parkinson, cáncer, ictus, infarto de miocardio, cáncer colorectal mediante colonoscopia<sup>214,215,216,272</sup>, artrosis, hipertensión, cardiopatía isquémica<sup>217</sup>. Para la diabetes mellitus, la especificidad es alta en los estudios de Okura<sup>216</sup>, Simpson<sup>215</sup> y Saturno<sup>217</sup>, mientras para la sensibilidad hay resultados contradictorios, siendo alta para Simpson<sup>215</sup> y Saturno<sup>217</sup> y baja para Okura<sup>216</sup> (60%). Sin embargo, la sensibilidad es inferior a 75% para diagnóstico de enfermedad pulmonar, osteoporosis, estenosis espinal, artritis<sup>215,272</sup> y asma<sup>217</sup>.
- b) En relación con la realización de procedimientos quirúrgicos como la prostatectomía y la orquiectomía<sup>213</sup> el informe del usuario muestra una alta sensibilidad.
- c) En relación con la toma de medicación, se ha evidenciado una sensibilidad baja en la toma de píldoras hormonales en pacientes con cáncer de próstata<sup>213</sup>.

La determinación del “gold-standard” necesario para evaluar la validez del informe del usuario respecto a los aspectos interpersonales ha sido motivo de debate. La idea más aceptable es que para dichos aspectos interpersonales, el paciente puede ser considerado el “gold-standard” por ser el mejor cualificado para informar acerca de aspectos interpersonales de la atención recibida<sup>247</sup>. Por tanto, es muy difícil cuestionar la validez de la perspectiva de los pacientes en los rasgos interpersonales.

En resumen, diversos estudios han demostrado la fiabilidad y validez del informe del usuario sobre aspectos técnicos e interpersonales del proceso de atención sanitaria. En este sentido, el informe del usuario puede ser considerado un sustituto de la historia clínica en relación a los aspectos técnicos porque puede proporcionar información válida y objetiva para la evaluación de la calidad asistencial, y como única fuente de información en relación a aspectos objetivos de la atención que raramente se registran, como por ejemplo, los aspectos interpersonales.

#### 2.4.4. RECOMENDACIONES REALIZADAS PARA LA ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO

Según la evidencia empírica basada en los proyectos y estudios, citados anteriormente, que se han llevado a cabo para investigar si el informe del usuario es un método para evaluar la calidad asistencial, se pueden señalar como recomendaciones o características básicas para la elaboración y administración de los informes del usuario las siguientes<sup>23</sup>.

##### ▪ Recomendaciones respecto a la elaboración

En la fase de diseño del cuestionario, se recomienda tener en cuenta una serie de circunstancias formales que están relacionadas con la comprensión, interpretación, estímulo de respuesta y, en su conjunto, **fiabilidad** de las preguntas. Basándonos en las recomendaciones de Fowler FJ<sup>279</sup>, Mangione TW<sup>280</sup> y Aday LA<sup>281</sup>, autores de gran predicamento en este tema, básicamente una pregunta bien hecha es la que reúne las características siguientes (Tabla 13).

---

Tabla 13. Características de una pregunta bien hecha

---

1. Es breve.
2. Es completa. Una pregunta debe formularse con todas las palabras, tal como se haría en una entrevista, sin omisiones ni sobreentendidos.
3. No es ambigua (significa lo mismo para todos los encuestados). La ambigüedad de las preguntas es la causa más relevante en relación con su falta de fiabilidad. A la hora de elaborar la pregunta hay que asegurarse que:
  - define los términos clave si es preciso y no utiliza jerga profesional.
  - evita dobles negaciones y preguntas que comienzan por adverbios ambiguos (cómo, porqué, cuándo, dónde, cuánto)
4. Está relacionada con la realidad/experiencia (minimiza preguntas sobre intenciones y sobre situaciones hipotéticas).
5. Pregunta sólo una cosa (unidimensional).
6. Explicita las respuestas adecuadas (cerrada), siempre que sea posible.
  - Con categorías de respuestas mutuamente excluyentes y de respuesta exhaustivas.
  - Evitar la opción *no sé / no recuerdo* que, aunque evita la respuesta en blanco puede llevar al encuestado a abusar de la misma.
7. No sugiere una determinada respuesta como correcta.
8. Presenta un formato adecuado al contenido de la pregunta y objetivos de la encuesta.

---

Fuente: Saturno PJ. Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia, 2001.

Otras consideraciones a tener en cuenta para facilitar la fiabilidad son:

- Que el número de preguntas cuantitativas sea pequeño, mayor de 10, pero no superar 100.
- Que exista variedad de preguntas. Una pregunta por elemento del proceso.
- Intentar evitar preguntas de opinión o expectativas.
- Tanto la pregunta como las respuestas deben significar lo mismo para todos los entrevistados.
- Imprescindible ayudar a los encuestados a recordar.
- Escoger como tipo de pregunta por orden de prioridad: 1. Preguntas categóricas SI/NO; 2. Frecuencia (tres o cinco opciones. Ejemplo: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca); 3. Valoración (grado de excelencia, grado de acuerdo, cumplimiento de expectativas. Ejemplo: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
- Dejar las preguntas sobre impresiones generales e información sociodemográficas y personales para el final de la encuesta.

Además, en la fase de pretest cognitivo, se le entrega el cuestionario a una serie de pacientes con el fin de averiguar si las preguntas son entendidas de forma consistente por todos ellos.

Para garantizar la bondad de un cuestionario no es suficiente con buscar su fiabilidad, es necesaria también su validez.

Las preguntas incluidas en el cuestionario, además de ser fiables, deben medir de forma adecuada las experiencias y opiniones de los pacientes en relación con la atención recibida. Para ello, es necesario llevar a cabo unas **estrategias que faciliten la validez** de contenido del cuestionario, es decir, que faciliten la inclusión de todos los aspectos que reflejan lo que se quiere medir. Estas estrategias son:

1. Revisión de la literatura para identificación de los aspectos técnicos más relevantes.
2. Realización de grupos focales para identificar los aspectos de calidad percibida que más preocupan a los pacientes. El cuestionario ha de ir dirigido a personas que han hecho uso de los servicios en un período de tiempo determinado, por ejemplo, en los últimos doce<sup>248</sup> o seis meses<sup>245</sup>. Según estudios más recientes, el período de recordatorio ha sido de seis meses o menos<sup>282,283</sup> porque de un año puede ser demasiado tiempo y puede dar poca información por pérdida de memoria<sup>284</sup>.
3. Inclusión en el cuestionario de una pregunta abierta, en la que se pide al paciente que anote cualquier otro aspecto de atención recibida en el centro de salud.

4. Petición en la fase del pilotaje cualitativo (pretest-cognitivo) a los pacientes si pueden aportar otros aspectos de la atención recibida que no figuran en el cuestionario.

Además, para determinar los aspectos más relevantes del proceso asistencial es preciso indagar previamente con métodos cualitativos, por ejemplo mediante los grupos focales.

- **Recomendaciones respecto al método de administración del informe**

Que conlleve un bajo coste, que pueda ser distribuido a una amplia gama de pacientes. Esto hace inclinarse por un cuestionario autocontestado remitido por correo o bien, por encuesta telefónica, tratando de evitar la entrevista por encuestador a domicilio que es un método mucho más caro<sup>285-287</sup>. Sin embargo, en un estudio no se observaron diferencias en costes entre el teléfono y la entrevista en casa, pero fueron más caros que el modo correo y el teléfono es lo que más costó<sup>288</sup>.

Los informes de los pacientes de colección de datos generalmente implican menos costes sustancialmente<sup>289</sup> y menos demandas organizacionales en oposición a las valoraciones clínicas o extracciones de informes médicos.

Para aumentar la tasa de respuesta se recomienda que el informe estimule las respuestas de los usuarios. En el caso de utilizar cuestionario remitido por correo, éste ha de tener un diseño sencillo y atractivo y contener las máximas facilidades para su respuesta. Por ejemplo, incluir franqueo y un bolígrafo, que ha demostrado un incremento de la tasa de respuesta de un 10%<sup>271</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Saturno PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: conceptos básicos. Unidad temática 1. Universidad de Murcia.1999a.
- <sup>2</sup>Juran JM, Gryma FM, Bingham RS. Manual de control de calidad. 2ªed. Barcelona: Reverté. 1990.
- <sup>3</sup>Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos.1989.
- <sup>4</sup>Ishikawa K. What is quality control?. The japanese way. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1985.
- <sup>5</sup>Saturno PJ. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia.1997.
- <sup>6</sup>Institute of Medicine: Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21 st century. National Academy Press, Washington. 2001.
- <sup>7</sup>Vuori H. Quality assurance of health services. WHO, Regional Office for Europe, Geneva. 1982.
- <sup>8</sup>Palmer HC. Homecare. In: Vogel RJ, Palmer H (eds). Long-term care: perspectives from research and demonstration. Washington, DC: US. Department of Health and Human Services.Health care financing administration. 1983.
- <sup>9</sup>Nutting P. Population-based family practice: the next challenge of primary care. The Journal of Family Practice 1987; 24(1): 83-88.
- <sup>10</sup>Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseño de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- <sup>11</sup>Saturno PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet i Palomer. Monografías clínicas en Atención Primaria: Garantía de Calidad en Atención Primaria. Barcelona: Doyma. 1993.

- <sup>12</sup>Office of technology assessment. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington DC: Government Printing Office. 1978.
- <sup>13</sup>Hopkins A. Measuring the quality of medical care. London Royal Collage of Physicians of London. 1990.
- <sup>14</sup>Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Vol 1. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.
- <sup>15</sup>Eyles J, Woods K. Who cares what care?. An inverse interest law?. Social Sci Med.1986; 23: 1087-92.
- <sup>16</sup>Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Med Care. 1976; 14: 377-91.
- <sup>17</sup>Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. JAMA. 1988; 260: 1743-1748.
- <sup>18</sup>Carman JM. Patient perceptions of service quality. Combining the dimensions. Journal of services Marketing.2000; 14 (4): 337-52.
- <sup>19</sup>Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs?. Journal of Applied Psychology. 1994; 79 (6): 875-85.
- <sup>20</sup>Iacobucci D, Grayson KA, Ostrom AL. The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration. In: Swartz TA, Bowen DE, Brown SW (Eds). Advances in Services Marketing and Management. 1994; 3: 1-67.
- <sup>21</sup>Taylor SA, Baker TL. An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers purchase intentions. Journal of Retailing. 1994; 70 (2): 163-78.
- <sup>22</sup>Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. Rev Psicol Salud. 1992; 4: 89-116.

- <sup>23</sup>Saturno PJ. Encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas y encuestas tipo informe. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 34. Universidad de Murcia. 2001b.
- <sup>24</sup>Howard JA, Sheth JN. The Theory of Buyer Behavior. New York: John Wiley and Sons. 1969.
- <sup>25</sup>Olshavsky RW, Miller JA. Consumer expectations, product performance and perceived product quality. *Journal of Marketing Research*. 1972; 9: 19-21.
- <sup>26</sup>Cohen JB, Houston MJ. Cognitive consequences of brand loyalty. *Journal of Marketing Research*. 1972; 9: 97-99.
- <sup>27</sup>Howard JA. The structure of buyer behavior. *Consumer Behavior: Theory and Application*. Farley, J.V. y Howard, J.A. (eds.), Boston, MA: Allyn & Bacon; 1974. p. 9-32.
- <sup>28</sup>Olson JC, Dover PA. Disconfirmation of consumer expectations through product trial. *Journal of Applied Psychology*. 1976; 64: 179-189.
- <sup>29</sup>Latour SA, Peat NC. Conceptual and methodological issues in consumer satisfaction research. *Advances in Consumer Research*. Wilkie, W.F. (ed.), Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research. 1979; 6:431-437.
- <sup>30</sup>Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980; 17: 460-469.
- <sup>31</sup>Tolman EC. *Purposive Behavior in Animals and Men*. Appleton-Century-Crofts, New York. 1932.
- <sup>32</sup>Deighton J. The consumption of performance". *Journal of Consumer Research*. 1992; 19: 362-372.
- <sup>33</sup>Cardozo R. An experimental study of consumer effort, expectations and satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1965; 2: 244-249.
- <sup>34</sup>Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins RL. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1987; 24: 305-314.

- <sup>35</sup>Yi Y. A critical review of consumer satisfaction. In: Zeithaml VA (Ed). Review of Marketing, American Marketing Association, Chicago, IL. 1990.
- <sup>36</sup>Wirtz J, Mattila A. Exploring the role of alternative perceived performance measures and needs-congruency in the consumer satisfaction process. *Journal of Consumer Psychology*. 2001; 11 (3): 1-192.
- <sup>37</sup>Stimson G, Webb B. On going to see the doctor. Routledge and Kegan Paul. London, UK. 1975.
- <sup>38</sup>Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med*. 1978; 12A: 283.
- <sup>39</sup>Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104: 538-540.
- <sup>40</sup>Oliver RL. Effect of expectations and disconfirmation on postexposure product evaluations. *Journal of Applied Psychology*. 1977; 62: 480-486.
- <sup>41</sup>Oliver RL. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of Retailing*. 1981; 57 (3): 25-48.
- <sup>42</sup>Oliver RL. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*. 1993b; 20: 418-430.
- <sup>43</sup>Westbrook RA. A rating scale of measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*. 1980; 44: 68-72.
- <sup>44</sup>Swan JE, Trawick IF, Carroll. Satisfaction related to predictive, desired expectations: a field study. *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining*. Hunt, H.K. y Day, R.L. (eds.), Indiana University Press, Bloomington, IN; 1982. p. 15-22.
- <sup>45</sup>Bearden WO, Teel JE. Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports. *Journal of Marketing Research*. 1983; 20: 21-28.
- <sup>46</sup>Oliver RL, Swan JE. Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing*. 1989a; 53: 21-35.

- <sup>47</sup>Oliver RL, Swan JE. Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction". *Journal of Consumer Research*. 1989b; 16: 372-383.
- <sup>48</sup>Westbrook RA, Oliver RL. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*. 1991; 18: 84-91.
- <sup>49</sup>Bowen D. Antecedents of consumer satisfaction and dissatisfaction (CS/D) on long haul inclusive tours: a reality check on theoretical considerations. *Tourism Management*. 2001; 22 (1): 49-61.
- <sup>50</sup>Bigné JE, Andreu L. Análisis de la satisfacción en la experiencia del consumidor: una aplicación en museos interactivos. XIV Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing. 2002; 497-510.
- <sup>51</sup>Boshoff CR. An experimental study of recovery options. *International Journal of Service Industry Management*. 1997; 8 (2): 110-130.
- <sup>52</sup>Churchill GA, Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1982; 19: 491-504.
- <sup>53</sup>Wilton PC, Tse DK. A model of consumer response to communication and product experiences. Working Paper. Berkeley: University of California. 1983.
- <sup>54</sup>Tse DK, Wilton PC. Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*. 1988. 25: 204-212.
- <sup>55</sup>Spreng RA, Olshavsky RW. A desires congruency model of consumer satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1993; 21 (3): 169-177.
- <sup>56</sup>Goldstein MS, Elliot SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2000; 80 (9): 853-863.
- <sup>57</sup>Pascoe GC. "Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis". *Evaluation and program planning*. 1983; 6 (3-4): 185-210.
- <sup>58</sup>Cohen JB, Houston MJ. Cognitive consequences of brand loyalty. *Journal of Marketing Research*. 1972; 9: 97-99.

- <sup>59</sup>Swan JE, Trawick IF. Inferred and perceived disconfirmation in consumer satisfaction. Marketing in the 80's. Proceedings of the AMA Educators' Conference, Chicago. 1980; 97-101.
- <sup>60</sup>Westbrook RA. Consumer satisfaction and the phenomenology of emotions during automobile owner-ship experiences. International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior. Day, R.L. y Hunt, H.K. (eds.). Bloomington, IN: School of Business, Indiana University; 1982.p. 2-9.
- <sup>61</sup>Oliver RL, Desarbo WS. Response determinants in satisfaction judgements. Journal of Consumer Research. 1988; 14: 495-507.
- <sup>62</sup>Bolton RN, Drew JH. A multistage model of consumers' assessments of service quality and value. Journal of Marketing Research. 1991b; 17: 375-384.
- <sup>63</sup>Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. Journal of Marketing. 1992; 56: 55-68.
- <sup>64</sup>Fornell C. A national customer satisfaction barometer: the swedish experience. Journal of Marketing. 1992; 56: 6-21.
- <sup>65</sup>Anderson EW, Sullivan MW. The antecedents and consequences of customer satisfaction for forms. Marketing Science. 1993; 12 (2): 125-143.
- <sup>66</sup>Evrard Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. Revue Française du Marketing. 1993; n°144-145, n° 4-5: 53-65.
- <sup>67</sup>Halstead D, Hartman D, Schmidt SL. Multisource effects on the satisfaction formation process. Journal of the Academy of Marketing Science. 1994; 22 (2): 114-129.
- <sup>68</sup>Johnson MD, Anderson EW, Fornell C. Rational and adaptative performance expectations in a customer satisfaction framework. Journal of Consumer Research. 1995; 21: 695-707.
- <sup>69</sup>Mittal V, Kumar PJ, Tsiros M. Attribute-level performance, satisfaction and behavioral intentions over time: a consumption-system approach. Journal of Marketing. 1999; 63: 88-101.
- <sup>70</sup>Andreassen TW. Antecedents to satisfaction with service recovery. European Journal of Marketing. 2000; 34 (1,2): 156-175.

- <sup>71</sup>Moliner B, Berenguer G, Gil I. La importancia de la performance y las expectativas en la formación de la satisfacción del consumidor. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2001; 7 (3): 155-172.
- <sup>72</sup>Westbrook RA. Product consumption-based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*. 1987; 24:258-270.
- <sup>73</sup>Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing Management*. Swartz, AT, Bowen DE, Brown SW. (eds.), JAI Press Inc., Greenwich, CT. 1993a; 2: 65-85.
- <sup>74</sup>Rust RT, Oliver RL. Service quality insight and managerial implications from the frontier. *Service Quality, New Directions in Theory and Practice*. Rust RT, Oliver RL. (eds.). Sage Publications; 1994. Cap. 1, p. 5-20.
- <sup>75</sup>Danaher PJ, Haddrell V. A comparison of question scales used measuring customer satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*. 1996; 70: 6-28.
- <sup>76</sup>Oliver RL. Effect of expectations and disconfirmation on postexposure product evaluations. *Journal of Applied Psychology*. 1977; 62: 480-486.
- <sup>77</sup>Gooding SKS. Quality, sacrifice and value in hospital choice. *Journal of Health Care Marketing*. 1995; 15 (4): 24-31.
- <sup>78</sup>Bitner MJ. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*. 1990; 54: 69-82.
- <sup>79</sup>Bolton RN, Drew JH. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*. 1991a; 55: 1-9.
- <sup>80</sup>Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml VA. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*. 1993; 30: 7-27.
- <sup>81</sup>Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985; 43: 41-50.
- <sup>82</sup>Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64: 12-40.

- <sup>83</sup>Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *Journal of Marketing*. 1994; 58 (1): 111-124.
- <sup>84</sup>Wilkie WL. *Consumer Behavior*. New York: Wiley.1986.
- <sup>85</sup>Woodside AG, Frey LL, Daly RT. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing*. 1989; 9: 5-17.
- <sup>86</sup>Koelemeijer K, Roest H, Verhallen T. An integrative framework of perceived service quality and its relations to satisfaction/dissatisfaction, attitude and repurchase intention. A multilevel approach. *European Marketing Academy (EMAC). Proceedings, Barcelona ESADE* 25-28; 1993. p. 683-699.
- <sup>87</sup>Spreng RA, Mackoy RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*.1996; 72 (2): 201-214.
- <sup>88</sup>Choi KS, Cho WH, Lee S, Lee H, Kim MC. The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study. *Journal of Business Research*. 2002; 5738: 1-9.
- <sup>89</sup>Assael H. *Consumer Behaviour*. 5th Ed., South-Western. 1995.
- <sup>90</sup>Lee H, Lee Y, Yoo D. The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Services Marketing*. 2000; 14 (3): 217-231.
- <sup>91</sup>Travernier C, Maillefert JF, Piroth C. Diagnostic et traitement des cervicalgies. *Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris-France. Appareil locomoteur, 14-365-A-10,1996,14p.*
- <sup>92</sup>Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence of neck pain and related disorders in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23: 1689-1698.
- <sup>93</sup> Pearce JMS. The importance of cervicogenic headache in the over-fifties. *Headache Q Curr Treatment Res*. 1995; 6: 293-296.
- <sup>94</sup>Nilsson N. The prevalence of cervicogenic headache in a random population in the sample of 20-to 59-years-olds. *Spine*. 1995; 20: 1884-1888.

- <sup>95</sup>Rodríguez AA, Bilkey WJ, Agre JC. Therapeutic exercise in chronic neck and back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992; 73: 870-875.
- <sup>96</sup>Silverman JL, Rodríguez AA, Agre JC. Quantitative cervical flexor strength in healthy subjects and in subjects with mechanical neck pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 1991; 72: 679-681.
- <sup>97</sup>Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ.* 1996; 313: 1291-1296.
- <sup>98</sup>Revel M, Minguet M, Gergoy P, Vaillant J, Manuel JL. Changes in cervicocephalic kinaesthesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: a randomized controlled study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation.* 1994; 75: 895-899.
- <sup>99</sup>Linton SJ, Hellsing AL, Hallden K. A population-based study of spinal pain among 35-45 year old individuals. Prevalence, sick leave and health care use. *Spine.* 1998; 23 (13): 1457-1463.
- <sup>100</sup>Makela M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knett P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol.* 1991; 134:1356-1367.
- <sup>101</sup>Rajala U, Keinänen-Kiukaanniemi S, Uusimäki A, Kivelä SL. Musculoskeletal pain and depression in a middle-aged Finnish population. *Pain.* 1995; 61:451-7.
- <sup>102</sup>Takala J, Sievers K, Klaukka T. Rheumatic symptoms in the middle-aged population in southwestern Finland. *Scand J Rheumatol.* 1982; 47:15-29.
- <sup>103</sup>Westerling D, Jonsson BG. Pain from the neck-shoulder region and sick leave. *Scand J Soc Med.* 1980; 8:131-6.
- <sup>104</sup>Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosengberg C. Chronic pain in a geographically defined population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localisation. *Clin J Pain.* 1993; 9:174-82.
- <sup>105</sup>Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain.* 1989; 37:215-22.

- <sup>106</sup>Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine*. 1994; 15 (19): 1307-1309.
- <sup>107</sup>Medina F, Brotons J, Manrique J. Estudio comparativo sobre la influencia de la educación sanitaria en las recidivas sentidas en Fisioterapia. *Atención Primaria*. 1995; 16: 464-468.
- <sup>108</sup>Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999; 80: 629-36.
- <sup>109</sup>Díez V, Bonilla R, Hederá C, Insalud. Unidades de Fisioterapia. Área 1 de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 1996.
- <sup>110</sup>Spitzer WO, Leblanc RE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. *Spine*. 1987; 7 Supl 1: 1-59.
- <sup>111</sup>Bigos S, Bowyer O, Braen G. Acute low problems in adults. Clinical practice guideline. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. 1994.
- <sup>112</sup>Universe of Florida patients with neck pain or injury. Florida Agency for Health Care Administration (AHCA). 1996.
- <sup>113</sup>Grönroos C. Service Management and marketing. Lexington Books, Lexington MA, 1990.
- <sup>114</sup>Zifko-Baliga GM, Krampf RF. Managing perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services*. 1997; 17: 28-35.
- <sup>115</sup>DeRuyter K, Wetzels M. On the complex nature of patient evaluations of general practice service. *Journal of Economic Psychology*. 1998; 19: 565-90.
- <sup>116</sup>Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64: 12-40.
- <sup>117</sup>Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Manage Rev*. 1994; 19 (4): 49-55.

- <sup>118</sup>Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQUOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; 4: 12-18.
- <sup>119</sup>Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev*. 1998; 23: 81-96.
- <sup>120</sup>Mira JJ, Galdón M, García I, Velasco MV, García S, Vitaller J. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 165-178.
- <sup>121</sup>Gea MT, Hernán M, Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 37-44.
- <sup>122</sup>Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 577-582.
- <sup>123</sup>Linder-Pelz S, Struening EL. The multidimensionality of patient satisfaction with a clinical visit. *J Community Health*. 1985; 10: 42-54.
- <sup>124</sup>Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988; 25: 25-36.
- <sup>125</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*. 1988a; 27(6): 637-644.
- <sup>126</sup>Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988b; 27 (9): 935-939.
- <sup>127</sup>Nelson CW. Patient satisfaction surveys: an opportunity for quality improvement. *Hospital and Health Services Administration*. 1990; 35: 409-425.
- <sup>128</sup>Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Publ Health Med*. 1992; 14: 236-249.
- <sup>129</sup>Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994; 39 (5): 655-670.

- <sup>130</sup>Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford Medical Publications. 1994.
- <sup>131</sup>Williams B. Patient satisfaction: a valid concept?. Soc Sci Med. 1994; 38: 509-516.
- <sup>132</sup>Chang K. Dimensions and indicators of patients' perceived nursing care quality in the hospital setting. J Nurs Qual. 1997; 11: 26-37.
- <sup>133</sup>Mahon PY. An análisis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. J Adv Nurs. 1997; 24: 1241-1248.
- <sup>134</sup>Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79:1122-1128.
- <sup>135</sup>Hulka BS, Kupper LL, Daly MB, Cassel JC, Schoen F. Correlates of satisfaction with medical care: A community perspective. Med Care. 1975; 13: 648-58.
- <sup>136</sup>Ware JE, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care. 1975; 13: 669-682.
- <sup>137</sup>Nelson EC, Hoys RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgement system: reliability and validity. QRB. 1989; 15: 185-191.
- <sup>138</sup>Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction, theory and evidence. Int J Quality in Health Care. 1995; 7: 127-141.
- <sup>139</sup>Baker TL, Taylor SA. "Patient satisfaction and service quality in the formation of customers' future purchase intentions in competitive health service settings". Health Marketing Quarterly. 1997; 15 (1): 1-15.
- <sup>140</sup>Hulka BS, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. Med Care. 1970; 8: 429-435.
- <sup>141</sup>Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Med Care. 1988; 26 (4): 393-402.

- <sup>142</sup>Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain. A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*. 2004; 29 (20): 2309-2318.
- <sup>143</sup>Rhodes LA, McPhillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1189-203.
- <sup>144</sup>McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Narkham C. Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. *J Gen Intern Med*. 1998; 13: 289-295.
- <sup>145</sup>Signell H. Expectations of chiropractic patients: the construction of a questionnaire. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001; 24: 440-444.
- <sup>146</sup>Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, Van Tulder M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain a qualitative study. *Spine*. 2001; 26: E348-353.
- <sup>147</sup>Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ, O'Dowd TC. Patients' views of low back pain and its management in general practice. *Br J Gen Pract*. 1996; 46: 153-156.
- <sup>148</sup>Cedraschi C, Robert J, Perrin E, Fischer W, Goerg D, Vischer TL. The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients. *J Manipulative Physiol Ther*. 1996; 19: 244-249.
- <sup>149</sup>Abyholm AS, Hjortdahl P. Being believed is what counts: a qualitative study of experiences with the health service among patients with chronic back pain. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999; 119: 1630-1632.
- <sup>150</sup>Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*. 1999; 80: 621-8.
- <sup>151</sup>Curtis P, Carey TS, Evans P, Rowane MP, Jackman A, Garrett J. Training in back care to improve outcome and patient satisfaction: teaching old does new tricks. *J Fam Pract*. 2000; 49: 786-792.
- <sup>152</sup>Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine*. 1986; 11: 28-30.

- <sup>153</sup>Nyiendo J, Haas M, Goodwin P. Patient characteristics, practice activities, and one-month outcomes for chronic, recurrent low-back pain treated by chiropractors and family medicine physicians: a practice-based feasibility study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2000; 23: 239-45.
- <sup>154</sup>Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopaedic surgeons: the North Carolina Back Pain Project. *N Engl J Med* 1995; 333: 913-917.
- <sup>155</sup>Rogers WA. Beneficence in general practice: an empirical investigation. *J Med Ethics.* 1999; 25: 388-393.
- <sup>156</sup>Östlund G, Cedersund E, Alexanderson K, Hensing G. It was really nice to have someone; lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scand J Public Health.* 2001; 29: 285-291.
- <sup>157</sup>Grimmer K, Sheppard L, Pitt M, Magarey M, Trott P. Differences in stakeholder expectations in the outcome of physiotherapy management of acute low back pain. *Int J Qual Health Care.* 1999; 11: 155-162.
- <sup>158</sup>Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med.* 1989; 150: 351-355.
- <sup>159</sup>Signell H. Expectations of chiropractic patients: the construction of a questionnaire. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001; 24: 440-444.
- <sup>160</sup>Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Lieberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, Fryer JG, McNutt RA. Acute severe low back pain: a population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine.* 1996; 21: 339-344.
- <sup>161</sup>Chew CA, May CR. The benefits of back pain. *Farm Pract.* 1997; 14: 461-465.
- <sup>162</sup>Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001; 24: 433-439.

- <sup>163</sup>Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. *Physical Therapy*. 2001; 81 (10): 1701-1717.
- <sup>164</sup>Sarig-Bahat H. Evidence for exercise therapy in mechanical neck disorders. *Manual Therapy*. 2003; 8 (1): 10-20.
- <sup>165</sup>Binder A. Neck pain. *Clin Evid*. 2005; 13: 1501-24.
- <sup>166</sup>Kay TM, Gross A, Santaguida PL, Hoving J, Goldsmith C, Bronfort G, Cervical Overview Group. Ejercicios para los trastornos mecánicos del cuello. The Cochrane Collaboration. 2006.
- <sup>167</sup>Koes BW, Assendelft WJ, Van der Heijden GJ, Bouter LM, knipschild PG. Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain: a blinded review. *BMJ*. 1991; 303: 1298-1303.
- <sup>168</sup>Kjellman GV, Skargren EI, Oberg BE. A critical analysis of randomised clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med*. 1999; 31: 139-152.
- <sup>169</sup>Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L, Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2003; 12: 1290-1299.
- <sup>170</sup>Goldie I, Landquist A. Evaluation of the effects of different forms of physiotherapy in cervical pain. *Scand J Rehab Med*. 1970; 2-3: 117-121.
- <sup>171</sup>Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, Emberson J, Marschner I, Richardson C. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*. 2002; 27 (17): 1835-1843.
- <sup>172</sup>Ylinen J, Takala EP, Nykanen M, Hakkinen A, Malkia E, Pohjolainen T, Karppi SL, Kautiainen H, Airaksinen O. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women. *JAMA*. 2003; 289 (19): 2509-2516.

- <sup>173</sup>Gam AN, WarMing S, Larsen LH, Jensen B, Hoydalsmo O, Allon I, Andersen B, Gotzsche NE, Petersen M, Mathiesen B. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise-a randomised controlled trial. *Pain*. 1998; 77: 73-79.
- <sup>174</sup>Taimela S, Takala EP, Asklof T, Sépala K, Parviainen S. Active treatment of chronic neck pain. *Spine*. 2000; 25 (8): 1021-1027.
- <sup>175</sup>Bronfort G, Aker PD, Evans R, Goldsmith CH, Nelson B, Vernon HA. A randomized controlled clinical trial of rehabilitative exercise and chiropractic spinal manipulation for chronic neck pain. *Spine*. 2001; 26 (7): 788-799.
- <sup>176</sup>Hoving JL, Koes BW, de Vet HCW, van der Windt DAWN, Assendelft WJJ, van Mameren H, Deville WLJM, Pool JJM, Scholten RJPM, Bouter LM. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136 (10): 713-759.
- <sup>177</sup> Sloop PR, Smith DS, Goldenberg E, Dore C. Manipulation for chronic neck pain. A double-blind controlled study. *Spine*. 1982; 7 (6): 532-535.
- <sup>178</sup>Koes BW, Bouter LM, Van Mameren H, Essers AH, Verstegen GM, Hofhuizen DM, Houben JP, Knipschild PG. Randomised clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: results of one year follow-up. *BMJ*. 1992; 304: 601-605.
- <sup>179</sup>Sloop PR, Smith DS, Goldenberg E, Dove C. Manipulation for chronic neck pain. A double-blind controlled study. *Spine*. 1982; 7 (6): 532-535.
- <sup>180</sup> Howe DH, Newcombe RG, Wade MT. Manipulation of the cervical spine-a pilot study. *J R Coll Gen Pract*. 1983. 33 (254): 574-579.
- <sup>181</sup>David J, Modi S, Aluko AA, Robertshaw C, Farebrother J. Chronic neck pain: a comparison of acupuncture treatment and physiotherapy. *Br J Rheum*. 1998: 118-122.
- <sup>182</sup>Jordan A, Bendix T, Nielsen H, Hansen FR, Host D, Winkel A. Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain: A prospective single-blind randomized clinical trial. *Spine*. 1998; 23 (3): 311-319.

- <sup>183</sup>Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G, Cervical Overview Group. A cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*. 2004; 29 (14): 1541-1548.
- <sup>184</sup>Vernon HT, Aker P, Burns S, Viljakaanen S, Short L. Pressure pain threshold evaluation of the effect of spinal manipulation in the treatment of chronic neck pain: a pilot study. *Journal of Manipulation and Physiological Therapeutics*. 1990; 13 (1): 13-16.
- <sup>185</sup>Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine: a systematic review of the literature. *Spine*. 1996; 21: 1746-1760.
- <sup>186</sup>Jordan A, Bendix T, Nielsen H, Hansen FR, Host D, Winkel A. Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain: A prospective single-blind randomized clinical trial. *Spine*. 1998; 23 (3): 311-319.
- <sup>187</sup>Hsueh TC, Cheng PT, Kuan TS, Hong CZ. The immediate effectiveness of electrical nerve stimulation and electrical muscle stimulation on myofascial trigger points. *Am J Phys Med Rehabil*. 1997; 76: 471-476.
- <sup>188</sup>Lee JC, Lin DT, Hong C. The effectiveness of simultaneous thermotherapy with ultrasound and electrotherapy with combined AC and DC current on the immediate pain relief of myofascial trigger points. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 1997; 5: 81-90.
- <sup>189</sup>Walach H, G uthlin C, K onig M. Efficacy of massage therapy in chronic pain: a pragmatic randomized trial. *The Journal of Alternative and complementary medicine*. 2003; 9 (6): 637-646.
- <sup>190</sup>British Association of Physical Medicine. Pain in the neck and arm: a multicentre trial of the effects of physiotherapy. *BMJ*. 1966; 1: 253-258.
- <sup>191</sup>Zybergold RS, Piper M. Cervical spine disorders. A comparison of three types of traction. *Spine* 1985; 10: 867-871.
- <sup>192</sup>Lee MY, Wong MK, Tang FT, et al. Design and assessment of an adaptive intermittent cervical traction modality with EMG biofeedback. *J Biomech Eng*. 1996; 118: 597-600.
- <sup>193</sup>Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978; 200: 856-864.

- <sup>194</sup>Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966; 44: 166-203.
- <sup>195</sup>Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Vol 1. México DF: La Prensa Mexicana. 1984.
- <sup>196</sup>Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. *Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice.* Ann Arbor: Health Administration Press. 1991: 1-59.
- <sup>197</sup>Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
- <sup>198</sup>Benson DS, Tornes PG. Excellence in ambulatory care: a practical guide to developing effective quality assurance programs. S<sup>a</sup> Francisco (California): Jossey-Bass. 1990.
- <sup>199</sup>Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality (Vol II). Ann Arbor: AHP. 1982.
- <sup>200</sup>Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull.* 1986; 12: 99-108.
- <sup>201</sup>Locke AE, Shaw KN, Saari LM, Latham GP. Goal setting and task performance. 1969-1980. *Psychological Bulletin.* 1981; 1: 125-152.
- <sup>202</sup>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Quality assurance in ambulatory care. 2 ed. JCAHO. Chicago. 1990.
- <sup>203</sup>Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad temática 19. Universidad de Murcia. 1999c.
- <sup>204</sup>Saturno PJ. Diseño de estudios de nivel de calidad y la investigación de causas. Componentes de una evaluación. Manual de Master en Gestión de la Calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad temática 14. Universidad de Murcia. 1999b.

- <sup>205</sup>Clute KF. Research programme of the Canadian association for retarded children. *Can Psychiatr Assoc J.* 1963; 12: 278-80.
- <sup>206</sup>Borrel F. Auditoria de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. *Gaceta Sanitaria.* 1992; 6: 144-147.
- <sup>207</sup>Aguado JA, Gastón JL, Bueno A, López R, Rodríguez R, Gálvez R. Estudio de la calidad de los registros en un centro de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria.* 1991; 5 (26): 214-218.
- <sup>208</sup>Renaud M, Beauchemin J, Lalonde C, Poirier H, Berthianne S. Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general headaches to general practitioners working in different settings in the Montreal area. *AJPH.* 1980; 10: 1068-1073.
- <sup>209</sup>Mates S, Sidel VW. Quality assessment by process and outcome methods: evaluation of emergency room care of asthmatic adults. *Am J Public Health.* 1981; 71(7):687-93.
- <sup>210</sup>Zuckerman HS, Huntley JA, Waterbrook KJ. Effectiveness of patient care in primary care clinic. *Med Care.* 1980; 18 (10): 1001-12.
- <sup>211</sup>Beltrán JL, López EJ, Gervas JJ. Prescripción de medicamentos en atención primaria. Estudio fármaco-epidemiológico en el área de Albacete. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 673-692.
- <sup>212</sup>Vila A, Llor C, Pelleja J. Análisis del valor intrínseco y potencial del uso farmacológico de las prescripciones efectuadas en un CAP. *Aten Primaria.* 1991; 303: 398-402.
- <sup>213</sup>Clegg LX, Potosky AL, Harlan LC, Hankey BF, Hoffman RM, Stanford JL, Hamilton AS. Comparison of self-reported initial treatment with medical records: results from the prostate cancer outcomes study. *American Journal of Epidemiology.* 2001; 154 (6): 582-587.
- <sup>214</sup>Madlensky L, McLaughlin J, Goel V. A comparison of self-reported colorectal Simpson C, Boyd C, Carlson M, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-repot of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *JAGS.* 2004; 52: 123-127.

- <sup>215</sup> Simpson C, Boyd C, Carlson M, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *JAGS*. 2004; 52: 123-127.
- <sup>216</sup> Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57(10):1096-103.
- <sup>217</sup> Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER-S: El informe del usuario: Un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 1995; 5: 271-279.
- <sup>218</sup> Riedel RL, Riedel DC. Practice and performance: an assessment of ambulatory care. Ann Arbor. MI: Health Administration Press: School of Public Health. University of Michigan. 1979.
- <sup>219</sup> Saturno PJ. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control de sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 37. Universidad de Murcia. 2001d.
- <sup>220</sup> Albrecht K, Zemke R. Service America! Doing Business in the New Economy. Homewood, Ill: Dow Jones-Irwin. 1985.
- <sup>221</sup> Peters DA. Improving quality requires consumer input: using focus groups. *J Nurs Care Qual*. 1993; 7: 34-41.
- <sup>222</sup> Horovitz J. Medir la satisfacción del cliente. En: La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: McGraw Hill. 1990.
- <sup>223</sup> Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1993; 21: 1-12.
- <sup>224</sup> Brown SW, Nelson AM, Broskesh SJ, Word SD. Patient satisfaction pays. Quality service for practice success. Aspen: Gaithersburg, MD. 1993.

- <sup>225</sup>Anderson RE. Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *J Marketing Res.* 1973; 10: 38.
- <sup>226</sup>Ross CK, Frommelt G, Hazelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *J Health Care Mark.* 1987;7(4):16-26.
- <sup>227</sup>Gordon RA. Information bases of responses to intention and expectation questions: a comparison between volitional behaviour and behaviour goals. *J Soc Psychol.* 1991; 131 (5): 667.
- <sup>228</sup>Bolton RN, Drew JH. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing.* 1991; 55: 1-9.
- <sup>229</sup>Feather NT. Values, valences, expectations, and actions. *J Social Issues.* 1992; 48 (2): 109.
- <sup>230</sup>Wilson G. Users and providers: different perspectives on community care services. *J Soc Policy* 1993; 22 (4): 307.
- <sup>231</sup>Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml VA. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research.* 1993; 30: 7-27.
- <sup>232</sup>Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc).* 1998; 111(6):211-5.
- <sup>233</sup>McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care?. *Fam Pract.* 2002; 19(4):333-8.
- <sup>234</sup>Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 1989; 6: 312-316.
- <sup>235</sup>Aguado JA, Gastón JL, López RM, Bueno A, Rodríguez-Contreras R. Encuesta de satisfacción a usuarios del centro de salud Zaidin-Sur de Granada (1989). *Rev San Hig Pub.* 1992; 66: 225-231.

- <sup>236</sup>Ortolá P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. *Aten Primaria*. 1993; 12 (9): 578-587.
- <sup>237</sup>García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MM y cols. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica*. 2000; 11 (4): 20-26.
- <sup>238</sup>Grogan S, Conner M, Norman P, Willis D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care*. 2000; 9: 210-215.
- <sup>239</sup>Golstein M, Elliot S, Guccione A. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2000; 80 (9): 853-863.
- <sup>240</sup>Cuñado A, Bernando C, Rial C, García F. Spanish validation on an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *Journal of Nursing Care Quality*. 2002; 16 (3): 13-23.
- <sup>241</sup>Beattie P, Beth M, Nelson M, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy*. 2002; 82 (6): 557-565.
- <sup>242</sup>Monnin D, Perneger T. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2002; 82 (7): 682-691.
- <sup>243</sup>Aerlyn G, Drawn BA, Lee P et al. Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: a brief report. *Journal of Medical Practice Management*. 2003; 166-169.
- <sup>244</sup>Alonso R, Blanco-Ramos M, Ganoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (5): 246-250.
- <sup>245</sup>Clearly PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco THL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. 1991; 10: 254-267.
- <sup>246</sup>Clearly PD, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco THL. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB*, 1992: 53-59.

- <sup>247</sup>Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Aff.* 1988; 7: 33-48.
- <sup>248</sup>Hargraves JL, Palmer RH, Zapka J, Nerenz D, Frazier H, Orav EJ, Warner C, Ingard J, Neisuler R. Using patient report to measure health care system performance. *Clinical Performance and Quality Health Care.* 1993; 1 (4): 208-213.
- <sup>249</sup>Rodríguez C. Las “escalas” como medida de la satisfacción de la atención médica en Andalucía. *Gaceta Sanitaria.* 1986; 5: 237-242.
- <sup>250</sup>Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care.* 1988; 26: 383-392.
- <sup>251</sup>Instituto Nacional de la Salud. Estudio de motivación y satisfacción en los servicios de urgencia hospitalarios. Madrid: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud. 1990.
- <sup>252</sup>Cuanter: Satisfacción en España con el Sistema Nacional de Salud. Encuesta realizada por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud, bajo la dirección de R. Blendon. Un resumen de sus resultados se publicó en: Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo, apéndice del informe de la Comisión de Análisis y Evaluación. Madrid. 1991.
- <sup>253</sup>Ministerio de Sanidad y Consumo. Investigación sobre calidad percibida por el usuario del Insalud en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992.
- <sup>254</sup>Mushlin AL, Appel FA. Patient –Reported problems status as a measure of quality. *Medical Care.* 1980; 18S: 16-21.
- <sup>255</sup>Gulick EE, Cook SD, Troyano R. Comparison of patient and staff assessment of MS patients’ health status. *Acta Neurol Scand.* 1993; 88: 87-93.
- <sup>256</sup>Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care.* 1988; 26 (4): 393-402.
- <sup>257</sup>Lebow, “Consumer assessments of the quality care”; Ware et al, “The patient’s role in a assessing the quality of the medical care process”. *Medical Care.* 1976; 14: 294-314.

- <sup>258</sup>Gerbert and Hargreaves, "Measuring Physician Behavior"; and Thompson HC AND Osborne CE, "Office records in the evaluation of quality of care". *Medical Care*. 1976; 14: 294-314.
- <sup>259</sup>Thompson HC, Osborne CE. Office records in the evaluation of quality of care. *Medical Care*. 1976; 14: 294-314.
- <sup>260</sup>Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and Medical records. The evidence for accuracy of recall. *Am J Epidemiol*. 1989; 129: 233-248.
- <sup>261</sup>Colditz GA, Martin P, Stampfer MJ, Willett WC, Sampson L, Rosner B, Hennekens CH, Speizer FE. Validation of questionnaire information on risk factors and disease outcomes in a prospective cohort study of women. *Am J Epidemiol*. 1986; 123: 894-900.
- <sup>262</sup>Sheldon MG. *Medical Audit in general practice*. Londres: The Royal Collage of General Practitioners. 1982.
- <sup>263</sup>Painter HP, Nelson RA. Review of methods for ambulatory medical care evaluations. *Med Care*. 1982; 20: 758-781.
- <sup>264</sup>Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull*. 1992; 18: 356-360.
- <sup>265</sup>Brown JB, Adams ME. Patients as reliable reporters of medical care process: recall of ambulatory encounter events. *Medical Care*. 1992; 30: 400-411.
- <sup>266</sup>Zhu K, Mcknight B, Stergachis A, Daling J, Levine R. Comparison of self-report data and medical records data: results from a case-control study on prostate cancer. *Internacional Epidemiological Association*. 1999; 28: 409-417.
- <sup>267</sup>Bos GAM van den. *Care for the chronically ill*. Amsterdam: Bohn, Scheltema & Holkema. 1989.
- <sup>268</sup>Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. A validation of medical history taking as part of a population-based survey in the oldest old, aged 85 and over. In: Lagaay AM. *The Leiden 85-plus study. A population based comprehensive investigation of the oldest old*. Leiden. 1991.

- <sup>269</sup>Kriegsman DW, Pennix B, van Eijk J, Boeke J, Deeg D. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol.* 1996; 49 (12): 1407-1417.
- <sup>270</sup>Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and Medical records. The evidence for accuracy of recall. *Am J Epidemiol.* 1989; 129: 233-248.
- <sup>271</sup>Meterko M, Nelson E, Rubin HR (eds). Patients judgements of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care.* 1990; 8 (Supplement Part 5: Response to questionnaire): 518-519.
- <sup>272</sup>Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons. 1981.
- <sup>273</sup>Pagani-Hill A, Ross RK. Reliability of recall of drug usage and other health-related information. *Am J Epidemiol.* 1982; 116: 114-122.
- <sup>274</sup>Tretli S, Lund Larsen PG, Foss OP. Reliability of questionnaire information on cardiovascular disease and diabetes: cardiovascular disease study in Finmark country. *J Epidemiol Community Health.* 1982; 36: 269-273.
- <sup>275</sup>Midthjell K, Colmen J, Bjorndal A, Lund-Larsen PG. Is questionnaire information valid in the study of a chronic disease such as diabetes?. The Nord-Trondelag diabetes study. *J Epidemiol Comm Health.* 1992; 46: 537-542.
- <sup>276</sup>Kehoe R, Wu SY, Leske MC, Chylack LT. Comparing self-reported and physician-reported medical history. *Am J Epidemiol.* 1994; 139: 813-818.
- <sup>277</sup>Sanjosé S, Antó JM, Alonso J. Comparación de la información obtenida en una encuesta de salud por entrevista con los registros de Atención Primaria. *Gac Sanit.* 1991; 27: 260-264.
- <sup>278</sup>Frutcher RG, Roness K, Roth T, Webber CA, Camilien L, Boyce J. Pap smear histories in a medical clinic: accuracy of patients' self reports. *NY-State J Med.* 1992; 92: 421-424.
- <sup>279</sup>Fowler FJ. *Improving survey questions. Design and evaluation.* Sage: New York. 1995.
- <sup>280</sup>Mangione TW. *Mail surveys. Improving the quality.* Sage: New York. 1995.

- <sup>281</sup>Aday LA. Designing and Conducting health surveys. 2<sup>a</sup> ed. Josey-Bass Pub., San Francisco. 1996.
- <sup>282</sup>Jobe JB, White AA, Kelley CL, Mingay DJ, Loftus EF. Recall strategies and memory for health-care visits. *Milbank Q.* 1990; 68: 171-189.
- <sup>283</sup>Glandon GL, Counte MA, Tancredi D. An análisis of physician utilization by erderly persons: systematic differences between self-report and archival information. *J Gerontol.* 1992: S245-252.
- <sup>284</sup>Mechanic D. Medical sociology: some tensions among theory, method and substance. *J Health Social Beba.* 1989; 30: 147-160.
- <sup>285</sup>Hochstim J. A critical comparison of three strategies of collecting data from households. *J Am Static Assoc.* 1967; 62: 976-989.
- <sup>286</sup>Siemiattycki JA. Comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health survey. *Am J Public Health.* 1979; 69: 238-245.
- <sup>287</sup>Fowler F. AMA gives economic "swimming lessons" to private practice physicians. *Colo Med.* 1984; 81(1): 13-14.
- <sup>288</sup>O' Toole BI, Battistuta D, Long A, Crouch K. A comparison of costs and data quality of three health survey methods: mail, telephone and personal home interview. *American Journal of Epidemiology.* 1986; 124(2): 317-328.
- <sup>289</sup>Sherbourne CD, Meredith LS. Quality of self-report data: a comparison of older and younger chronically ill patients. *J Gerontol.* 1992; 47 (4): S204-11.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

---



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este apartado describe el material y métodos usados en tres estudios secuenciales y complementarios. El primero se ha realizado desde la perspectiva cualitativa con la finalidad de identificar aspectos o atributos relacionados con la calidad percibida y servir de referencia en la construcción de un cuestionario. El segundo, desde la perspectiva cuantitativa con la finalidad de validar el informe del usuario sobre aspectos relativos a la calidad percibida y la calidad científico-técnica, y el tercer estudio, también desde la perspectiva cuantitativa, con el propósito de evaluar la calidad percibida en fisioterapia mediante el informe del usuario. En estos tres estudios, describimos y justificamos el diseño, el ámbito de estudio y la selección de los participantes, los procedimientos de recogida de información, así como los principales métodos usados para el manejo, gestión y análisis de los datos. Adicionalmente, en los estudios de validación y de evaluación de calidad percibida se proporciona una detallada descripción de los procedimientos de diseño de instrumentos utilizados y de la medición de las variables utilizadas (Figura 5).

Figura 5. Esquema general de la secuencia de la investigación

Fases	Procedimientos
<b>ESTUDIO CUALITATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica de grupos focales</li> </ul>
 <b>Construcción del cuestionario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de contenido de los grupos focales</li> <li>▪ Revisión bibliográfica</li> <li>▪ Análisis cognitivo del cuestionario</li> </ul>
 <b>ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de propiedades del cuestionario de calidad percibida</li> <li>▪ Análisis de la información del paciente sobre aspectos técnicos</li> </ul>
 <b>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de frecuencia de problemas de calidad mediante indicadores simples y compuestos</li> <li>▪ Análisis comparativo de tasa de problemas entre centros de salud</li> </ul>

### **3.1. ESTUDIO CUALITATIVO DE IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS O ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA**

#### **3.1.1. DISEÑO**

Para identificar los aspectos de la atención sanitaria que son más percibidos por los pacientes de las unidades de fisioterapia, diseñamos un estudio cualitativo basado en la técnica de grupo focal.

Esta técnica es ampliamente usada para conocer las opiniones de los pacientes sobre sus experiencias con los servicios de salud, y se ha consolidado como una técnica útil para identificar atributos relacionados con la calidad percibida y/o satisfacción<sup>1-5</sup>. La técnica de grupos focales consiste en la realización de una reunión con individuos que han tenido una experiencia. Se basa en la premisa de que las interacciones que se dan en el grupo favorecen el abordaje de aspectos que no serían accesibles mediante la utilización de otro tipo de técnicas, tales como las entrevistas en profundidad<sup>6</sup>. Así, la riqueza de la información aportada por los grupos focales se apoya en la sensación gratificante que experimentan los individuos que forman parte del grupo cuando reconocen ciertos aspectos que son comunes entre todos los miembros. Todo ello hace que el grupo ahonde en su discurso, expresando opiniones y actitudes que, de otro modo, no serían revelados<sup>7</sup>. Además presenta una serie de ventajas que facilitan su uso, como la espontaneidad de los participantes, la flexibilidad con respecto al guión que se emplea para llevar a cabo la reunión, el costo reducido, la rápida disponibilidad de los resultados, la posibilidad de incrementar el tamaño de la muestra y el hecho de saber los pacientes que su opinión va a ser tratada en grupo y no individualmente, lo que incrementa la sinceridad de las respuestas<sup>5,8</sup>.

#### **3.1.2. ÁMBITO DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

Los grupos focales fueron realizados en tres centros de atención primaria de la Región de Murcia que tenían unidad de fisioterapia.

Los participantes fueron seleccionados de acuerdo a unos criterios de inclusión:

- i) Sujetos diagnosticados de cervicalgia mecánica subaguda o crónica con o sin irradiación del dolor a miembro superior.

- ii) Edad entre 18 y 79 años.
- iii) Que hubieran recibido más de 10 sesiones de tratamiento en la unidad de fisioterapia del centro de salud.
- iv) Que tuvieran suficientemente buena salud física y mental para participar.

Los criterios de exclusión fueron:

- i) Pacientes con cervicalgia traumática, como el whiplash.
- ii) Pacientes con afectaciones de memoria y del comportamiento cognitivo asociado a condiciones tales como la enfermedad de Alzheimer, la demencia senil u otras condiciones.

Los pacientes fueron identificados a partir del contacto con los fisioterapeutas y de los registros clínicos en papel y sistemas informáticos existentes en estos centros de atención primaria. Todos los pacientes identificados fueron considerados participantes potenciales. La selección fue realizada mediante un muestreo por objetivos (no probabilística). Finalizó cuando conseguimos la saturación de la información.

### **3.1.3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

#### **Composición y formación de los grupos focales**

Para configurar los grupos focales éstos fueron segmentados por centro de salud para permitir que los participantes tuvieran experiencias comunes durante la discusión.

A todos estos sujetos seleccionados les enviamos una carta personalizada desde la Universidad de Murcia, invitándoles a participar en una entrevista grupal sobre las experiencias relacionadas con atención fisioterápica a la cervicalgia mecánica que habían recibido en su centro de salud correspondiente. No les ofrecimos ningún tipo de incentivo o regalo por su participación. Adicionalmente, les anticipamos que en los siguientes días nos pondríamos en contacto telefónico con ellos para resolver cualquier duda que tuvieran al respecto y para confirmar la asistencia. En la carta también se especificaba la fecha, la hora y el lugar de la reunión (Anexo 1). Aproximadamente una semana después del envío de la carta, les llamábamos por teléfono para comprobar si iban a asistir a la reunión y para recordarles el día y la fecha de la misma (Figura 5).

Con el objetivo de facilitar la asistencia a los grupos focales, dado el ajustado número de pacientes con cervicalgia en cada centro de salud, las sesiones se desarrollaron en lugares públicos próximos a las unidades de fisioterapia, y ajenos al ámbito de sanidad para que el contexto no condicionara ni influenciara las opiniones de los participantes.

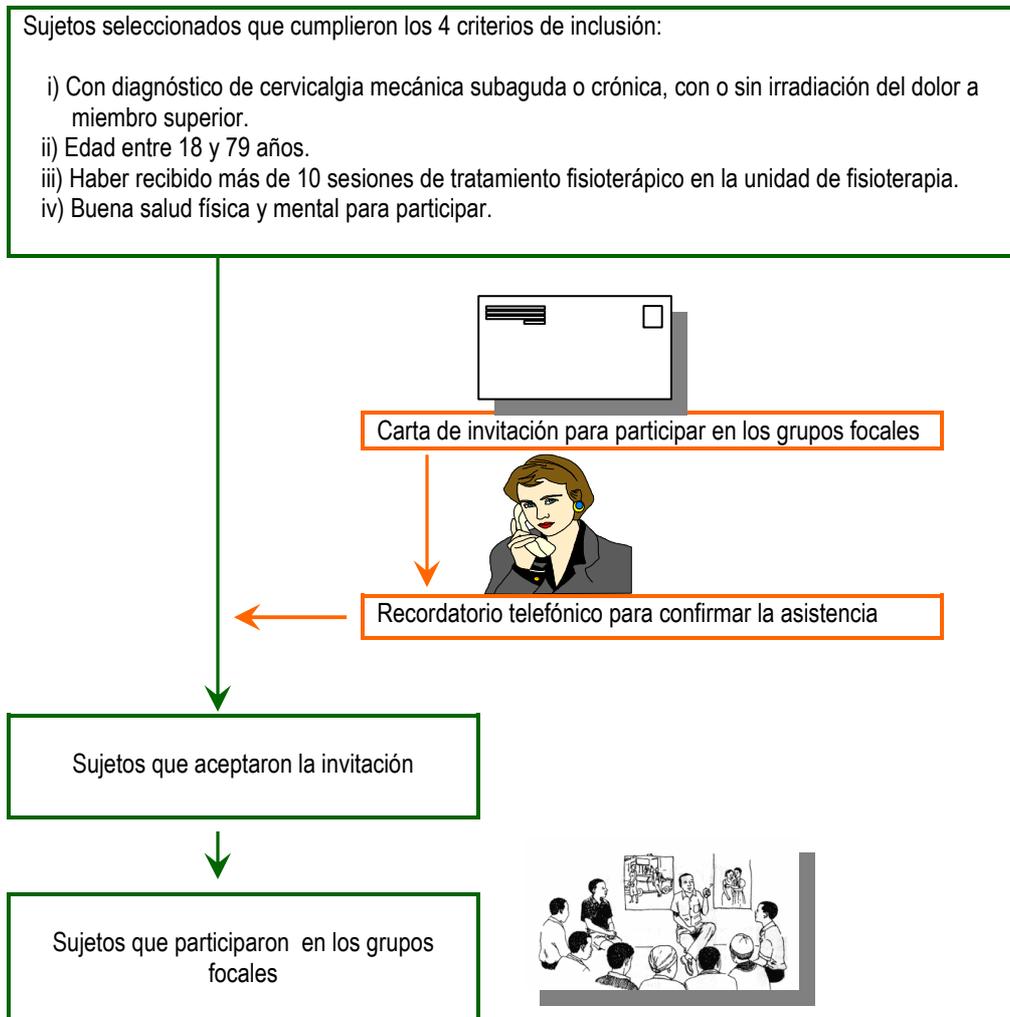


Figura 6. Selección de los participantes y formación de los grupos focales.

### Instrumentos y desarrollo de los grupos

Las reuniones fueron llevadas a cabo por un moderador, cuyo papel fue el de crear un clima agradable, mostrar interés, guiar la discusión suscitada y dejar hablar a los participantes.

La duración de cada reunión osciló entre 45 y 75 minutos. Las reuniones comenzaron con una presentación del moderador, una introducción y una breve explicación de las razones para el estudio y su confidencialidad. Posteriormente, se pidió el consentimiento a los

participantes para grabar en vídeo y en cinta magnetofónica las sesiones, asegurándoles la confidencialidad del procedimiento. La discusión de las reuniones estuvo centrada alrededor de aquellos aspectos que los pacientes pueden considerar relevantes para mejorar, utilizando un guión de entrevista. Este guión se construyó con preguntas ordenadas de acuerdo a las diferentes fases del proceso asistencial en fisioterapia: pre-admisión, primera visita, tratamiento en el centro y alta (Tabla 14). Las entrevistas finalizaron cuando, a juicio del moderador, la información que se obtuvo se consideró redundante.

---

Tabla 14. Guión de la entrevista grupal

---

1. Sitúense en el momento en que el médico les hizo el volante para poder ir a fisioterapia, ¿qué recuerdan de ese día?
  2. ¿Qué les ocurrió con su dolor, desde ese día hasta que fueron por primera vez al fisioterapeuta?
  3. El primer día que fueron a la unidad de fisioterapia, ¿qué les pareció esa consulta?
  4. ¿Qué echaron de menos en esa primera consulta?
  5. ¿Qué les han parecido las visitas a fisioterapia después de la primera consulta?
  6. ¿Qué han echado de menos en la atención de fisioterapia durante esas visitas?
- 

#### 3.1.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Previamente al análisis, las sesiones de los grupos focales grabadas fueron transcritas. El análisis del contenido de las transcripciones lo realizamos de acuerdo al siguiente proceso<sup>9</sup>:

(i) Generación independiente de un código inicial para etiquetar las afirmaciones o frases significativas. Cada uno de los miembros del grupo de investigación identificó frases significativas de las notas que fueron transcritas y las agrupó en dimensiones o categorías.

(ii) Elaboración y aplicación en grupo, de un esquema final de codificación de la información. Las dimensiones o categorías identificadas individualmente se expusieron en grupo para mejorar la fiabilidad del proceso analítico<sup>10,11</sup>. Se establecieron dos tipos de categorías o dimensiones<sup>12</sup>:

- a) categorías sustantivas que ayudan a comprender la experiencia de pacientes, y
- b) categorías temáticas u organizacionales, que agrupan las categorías sustantivas en áreas lógicas de acuerdo a los objetivos del estudio.

Las diferencias en el esquema de codificación inicial generado independientemente por cada investigador fueron solucionadas mediante discusión.

## **3.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO SOBRE ASPECTOS RELATIVOS A LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA**

Este estudio consta de dos partes: (i) la construcción del cuestionario para el informe del usuario sobre aspectos relativos a la calidad de la atención fisioterápica, en centros de atención primaria y (ii) el estudio en sí de validación de la información proporcionada por el usuario de fisioterapia de atención primaria. El diseño del estudio, así como la población de estudio, los métodos de recogida de información y el análisis de los datos se detallan a continuación.

### **3.2.1. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO TIPO INFORME**

#### **3.2.1.1. Objetivos del cuestionario**

El objetivo principal del cuestionario es el de permitir medir la presencia de atributos relacionados con la calidad científico-técnica y la calidad percibida en la atención fisioterápica percibida por pacientes con cervicalgia. Adicionalmente, el cuestionario tiene como objetivo permitir evaluar el grado de satisfacción y las características sociodemográficas asociadas a la calidad científico-técnica y calidad percibida.

#### **3.2.1.2. Identificación y selección de las preguntas**

De acuerdo con los objetivos del cuestionario, las variables que decidimos incluir en el cuestionario fueron relativas a 4 áreas: 1) variables relacionadas con la calidad percibida, 2) variables relacionadas con la calidad científico-técnica, 3) nivel de satisfacción y 4) variables sociodemográficas.

Para identificar y seleccionar las variables relativas a cada una de estas áreas seguimos diferentes procesos. A continuación se describen los procesos desarrollados y las variables identificadas e incluidas en el cuestionario dentro de cada área.

#### **Variables relacionadas con Calidad Percibida**

Las variables objetivas acerca de experiencias específicas durante la atención fisioterápica relacionadas con calidad percibida, se obtuvieron a partir de categorías o dimensiones obtenidas de la investigación cualitativa a través de los grupos focales (Tabla 15).

Tabla 15. Variables relacionadas con Calidad Percibida

Variables	Escala	Categoría
<b>Tiempo de espera</b>		
Desde derivación médica	Ordinal	Menos de 15 días/ 15- 30 días/ 1-2 meses/ Más de 2 meses
Desde inicio de cada visita de tratamiento	Ordinal	Empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos/ Tenía que esperar más de 15 minutos
<b>Organización</b>		
Excesivos tratamientos simultáneos	Nominal	Si/ No
Demoras durante las visitas de tratamiento	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi nunca/Nunca
Realización de tareas propias del fisioterapeuta	Nominal	Si/ No
<b>Intimidad</b>		
Auditiva	No minal	Si/ No
Visual	Nominal	Si/ No
<b>Entorno físico</b>		
Espacio adecuado respecto al volumen de gente	Nominal	Si/ No
Aspecto destartalado	Nominal	Si/ No
Suciedad	Nominal	Si/ No
Temperatura inadecuada	Nominal	Si/ No
<b>Competencia profesional</b>		
Ver radiografías en primera visita	Nominal	Si/ No
Entrega informe de alta	Nominal	Si/No
<b>Trato</b>		
Comentar aspectos de la enfermedad	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi Nunca/Nunca
Comprensión de información proporcionada	Ordinal	Muy fácil /Fácil/Regular/Difícil/Muy difícil
<b>Información</b>		
Tiempo previsto de tratamiento fisioterápico	Nominal	Si/ No
Plan de tratamiento previsto	Nominal	Si/ No
Posibles causas del dolor	Nominal	Si/ No
Posiciones ergonómicas	Nominal	Si/ No
Consejos si empeora el dolor cervical	Nominal	Si/ No
Posibles reacciones adversas al realizar ejercicios	Nominal	No debe realizar el movimiento que provoca dolor/Si duele en todos los movimientos debe dejar unos días de hacerlos/Ninguno /Otros
Información recibida confusa o contradictoria	Nominal	Si/ No
Traer radiografías en 1ª visita a fisioterapia	Nominal	Si/ No
Tiempo transcurrido desde derivación médica	Nominal	Si/ No
<b>Continuidad de la atención</b>		
Dificultad al realizar los ejercicios	Nominal	Si/ No

## **Variables relacionadas con Calidad Científico-Técnica**

Para la identificación y selección de variables objetivas relacionadas con aspectos de calidad científico-técnica en el paciente con cervicalgia mecánica subaguda o crónica, concretamente sobre el manejo terapéutico, realizamos una búsqueda en las bases de datos electrónicas Medline, Cinahl, PEDro y Psynfo desde su respectiva creación hasta enero de 2006. Para la búsqueda en estas bases de datos, utilizamos palabras clave específicas para la población de estudio y el tipo de intervención.

Las palabras clave y los operadores booleanos usados fueron:

-Para identificar la población de estudio: "mechanical neck pain" OR "chronic neck pain" OR "neck disorder" OR "neck injury".

-Para identificar el tipo de intervención: "physical therapy" OR "physiotherapy" OR "therapy" OR "conservative treatment" OR "intervention" OR "management" OR "health education".

-Para identificar modalidades terapéuticas: "thermotherapy" OR "electrotherapy" OR "traction" OR "ultrasonotherapy" OR "TENS" OR "massage" OR "manipulation" OR "mobilization" OR "exercises" OR "manual therapy".

Adicionalmente, basándonos en un trabajo previo que realizamos<sup>13</sup>, seleccionamos otras modalidades terapéuticas con insuficiente evidencia pero habituales en la práctica de los fisioterapeutas en las unidades de fisioterapia de Atención Primaria, en el manejo terapéutico del paciente con cervicalgia mecánica subaguda o crónica, con o sin irradiación a miembro superior (Tabla 16).

Tabla 16. Variables relacionadas con Calidad Científico-Técnica

Variables	Escala	Categoría
<b>Modalidades de Agentes físicos</b>		
Aplicación de infrarrojos	Nominal	Sí/ No
Aplicación de microondas	Nominal	Sí/ No
Aplicación de onda corta	Nominal	Sí/ No
Aplicación de tracción	Nominal	Sí/ No
Aplicación de ultrasonidos	Nominal	Sí/ No
Aplicación de TENS	Nominal	Sí/ No
<b>Modalidades de Terapia Manual</b>		
Realización de masaje	Nominal	Sí/ No
Realización de manipulación	Nominal	Sí/ No
Realización de estiramientos pasivos	Nominal	Sí/ No
<b>Ejercicios</b>		
<b>*Selección de ejercicios</b>		
Realización de algún tipo de ejercicios en el centro	Nominal	Sí/ No
Realización de ejercicios activos de estiramiento	Nominal	Sí/ No
Realización de ejercicios de fortalecimiento	Nominal	Sí/ No
Realización de ejercicios de reeducación óculo-cervicocinética	Nominal	Sí/ No
<b>*Indicaciones sobre la práctica de ejercicios</b>		
Indicación de ejercicios para casa	Nominal	Sí/ No
Indicación de nº de repeticiones para cada ejercicio	Nominal	Sí/No
Posibles reacciones adversas al realizar ejercicios	Nominal	-No debe realizar el movimiento que provoca dolor -Si duele en todos los movimientos debe dejar unos días de hacerlos -Ninguno -Otros
Entrega de hojas explicativas de los ejercicios	Nominal	Sí/No
Indicación de realización de ejercicios en casa tras el alta	Nominal	Sí/No
<b>* Seguimiento de los ejercicios</b>		
Preguntar acerca de dificultad al realizar los ejercicios	Nominal	Sí/No
Supervisión de los ejercicios en el centro	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi Nunca/Nunca

## Variable Satisfacción

Para la satisfacción global con la atención fisioterápica recibida, realizamos una búsqueda en la literatura para conocer la existencia de escalas que midieran este constructo. Diversos trabajos revelan que existe multitud de escalas para medir la satisfacción. Estas escalas pueden ser multi-ítems y simples. Algunos autores utilizan escalas multi-ítems para medir la intensidad de la satisfacción global. En este tipo de escalas, los sujetos analizados deben seleccionar aquella puntuación que más se ajuste a sus juicios de satisfacción, o valorar su grado de acuerdo en cada uno de los ítems propuestos.

La literatura sobre satisfacción ha criticado las medidas simples porque se considera que no recogen la riqueza del constructo<sup>14</sup>. Sin embargo, las escalas simples han sido empleadas con frecuencia en diferentes investigaciones. Para medir el grado o nivel de satisfacción/insatisfacción de la experiencia del paciente con la unidad de fisioterapia, consideramos oportuno emplear una escala bipolar, desde “totalmente insatisfecho” hasta “totalmente satisfecho”, propuesta por diferentes autores<sup>15-18</sup>, con un grado de sensibilidad de diez puntuaciones con el fin de detectar pequeñas diferencias entre las valoraciones que realizan los individuos<sup>19,20</sup> (Tabla 17).

Tabla 17. Variable satisfacción

Variable	Escala	Categoría
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Ordinal	1 (totalmente insatisfecho) -10 (totalmente satisfecho)

## Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que seleccionamos son también las que se han visto que en un momento determinado (Tabla 18), pueden comportarse como posibles factores de confusión a la hora de analizar el sesgo de no respuesta, si fuese necesario determinarlo.

Tabla 18. Variables sociodemográficas y de asistencia previa

Variables	Escala	Categoría
<b>Edad</b>	Cuantitativa	_____
<b>Género</b>	Nominal	Hombre/Mujer
<b>Nivel de estudios</b>	Ordinal	Ninguno/Estudios primarios (Bachiller elemental o E.G.B) /Bachiller superior (o B.U.P) /Artes y oficios o formación profesional/ Diplomado universitario/ Licenciado universitario/ Doctorado o master/Otros
<b>Fisioterapia previa en últimos doce meses</b>	Nominal	Sí/No

### 3.2.1.3. Formulación de las preguntas

Para la formulación de las preguntas del cuestionario tuvimos en cuenta por un lado, expresiones de los participantes de los grupos focales, que favorecen la comprensión y la fiabilidad del cuestionario, y por otro lado, una serie de circunstancias formales, propuestas por Fowler FJ<sup>21</sup>, Mangione TW<sup>22</sup> y Aday LA<sup>23</sup> que están relacionadas con la comprensión, interpretación, estímulo de respuesta y, en su conjunto, fiabilidad de las preguntas.

La formulación de una pregunta bien hecha requiere varias recomendaciones: (i) brevedad, (ii) no omisiones ni sobreentendidos, (iii) no ambigüedad, evitando dobles negaciones, (iv) ausencia de preguntas sobre intenciones y sobre situaciones hipotéticas, (v) formulación de un solo aspecto, (vi) opciones de respuesta excluyentes y exhaustivas, (vi) no sugerencia de una determinada respuesta como correcta y (vii) que exista variedad de preguntas, no la misma pregunta realizada de varias formas, sino una pregunta por elemento del proceso<sup>24</sup>.

Otras características importantes a tener en cuenta en la formulación de las preguntas hacen referencia al número de preguntas y tipos de preguntas. El número de preguntas cuantitativas se recomienda que sea pequeño para disminuir la carga del que contesta. Así mismo, se recomienda dejar las preguntas sobre impresiones generales e información sociodemográficas para el final del cuestionario.

### 3.2.1.4. Estructura general del cuestionario

Las preguntas elaboradas las incluimos en un modelo de cuestionario tipo cuadernillo. El cuestionario lo estructuramos en varias secciones, intentando seguir el recorrido habitual del proceso seguido por el paciente en el centro. La descripción de las secciones principales y el tipo

de preguntas que incluye puede verse en la tabla 19. El cuestionario constó de siete secciones, de la sección A a la sección G con un total de 37 preguntas (Anexo 2).

Tabla 19. Secciones del cuestionario

Secciones	Tipo de preguntas que se incluyen
<b>A. Accesibilidad a Fisioterapia</b>	Incluye preguntas relativas al tiempo en lista de espera.
<b>B. Primera visita de reconocimiento con su fisioterapeuta</b>	Incluye preguntas sobre información del tiempo en tratamiento, tratamientos a realizar y causas posibles del dolor.
<b>C. Terapia en el centro</b>	Se pregunta sobre aspectos de calidad científico-técnica relativos al manejo terapéutico y aspectos relacionados con la calidad percibida.
<b>D. Alta</b>	Incluye preguntas relacionadas con la entrega de un informe de alta, consejos si empeora el dolor tras el alta.
<b>E. Valoración global</b>	Se pregunta sobre aspecto global de la atención recibida relacionado con la satisfacción.
<b>F. Información individual</b>	Son ítems referidos a la edad, género, nivel cultural y si ha utilizado previamente algún servicio de fisioterapia.
<b>G. Consideraciones finales</b>	En esta sección se realizan dos preguntas con el fin analizar la fiabilidad y aumentar la validez de contenido del cuestionario. Una de ellas, indaga sobre las dificultades encontradas a la hora de entender todas las preguntas del cuestionario y finalmente se deja un espacio en blanco para que se pueda expresar de la forma que quiera todo aquello que no le ha sido preguntado.

### 3.2.1.5. Pretest cognitivo y propuestas de modificación

El pretest cognitivo se llevó a cabo en varios Centros de Atención Primaria de la Región de Murcia. Los participantes fueron por un lado cinco fisioterapeutas pertenecientes cada uno de estos centros de salud y por otro lado, dieciséis pacientes que estaban en tratamiento en la unidad de fisioterapia de cada uno de esos Centros de Salud.

A los fisioterapeutas de los respectivos Centros de Atención Primaria se les entregó el cuestionario inicial y se les invitó a contestarlo, indicándoles que lo que interesaba no era lo que contestaran sino que valorasen la comprensión y relevancia de las preguntas y se les preguntó si consideraban que debería incluirse algún aspecto de la atención que no figurara en el cuestionario. Después de llevar a cabo las modificaciones propuestas por los fisioterapeutas en cuanto a modificación y/o inclusión de alguna pregunta, se les entregó el cuestionario a los pacientes seleccionados y se les hizo las mismas peticiones que a los fisioterapeutas. Las

preguntas que encontraron los pacientes ser ambiguas o no relevantes fueron reelaboradas o suprimidas.

Ninguna de los fisioterapeutas consideró necesario hacer modificación por problemas de comprensión o eliminación de alguna pregunta. Los pacientes identificaron apreciaciones que fueron integradas para que pudieran comprender mejor.

### **3.2.2. DISEÑO**

La validación de un cuestionario es un proceso complejo que implica múltiples fuentes de información y recogida de diferentes evidencias empíricas. Dado que no existe un criterio concreto ni único a partir del cual pueda considerarse que un cuestionario es válido<sup>25</sup>, es necesario realizar varios diseños para analizar las características de validez, fiabilidad y aceptabilidad que son deseables en cualquier cuestionario.

#### **3.2.2.1. Validez**

La validez es una de las características fundamentales de cualquier herramienta de medición. La validez de un cuestionario se refiere al grado en que el cuestionario es capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado<sup>23</sup>. Determinar si las inferencias hechas a partir del cuestionario son apropiadas requiere de diferentes estudios. Tradicionalmente los diferentes estudios que se han hecho han sido agrupados en tres categorías básicas: a. Validez de contenido, b. Validez de criterio y c. Validez de constructo.

El uso de tres procedimientos no implica que haya tres tipos de validez o que uno sea mejor que otro. La validez se refleja a partir de la evidencia aportada por dichos procedimientos y un juicio paralelo del investigador sobre la adecuación de lo que mide el test a lo que se pretende medir<sup>23</sup>. Consecuentemente, la validez de un cuestionario se caracteriza no por ser una medida absoluta, sino un continuo entre débil y fuerte.

En nuestro estudio utilizamos los tres procedimientos citados anteriormente.

#### **a) Validez de contenido del cuestionario**

En términos psicométricos, la validez de contenido se refiere al grado de adecuación o representatividad de las preguntas del cuestionario con los diferentes aspectos posibles del fenómeno o “dominio” que se quiere medir<sup>26</sup>. La validez de contenido se apoya en los juicios acerca de si los ítems elegidos son representativos del campo que está siendo medido<sup>23</sup>.

Durante la fase de construcción del cuestionario, para facilitar que la selección de los ítems fuera representativa seguimos estrategias específicas y diferentes para la calidad percibida, y para la calidad científico-técnica. En la construcción del cuestionario, solicitamos el juicio de usuarios en el desarrollo de los grupos focales, para poder seleccionar los aspectos de su atención relevantes para la calidad percibida. La selección de atributos relacionados con la calidad científico-técnica se hizo esencialmente en base a las modalidades con evidencia sólida y moderada. En la fase de pretest cognitivo, a los fisioterapeutas de los respectivos Centros de Atención Primaria, solicitamos su juicio respecto a la representatividad del cuestionario. Lo mismo hicimos con un pequeño número de pacientes.

Para valorar la validez de contenido en la fase de pilotaje o estudio de la validación, solicitamos a los usuarios a través de una pregunta abierta incluida en el cuestionario, que anotaran cualquier aspecto de la atención recibida en el centro de salud que consideraran de importancia y que no hubiera sido reflejado en el cuestionario.

#### **b) Validez de criterio del cuestionario**

La validez de criterio o “validez relacionada con un criterio” hace referencia a la medida en que sus resultados son consistentes con otra medida directa del concepto considerada como patrón de oro o “gold standard”<sup>23</sup>.

La evaluación de la validez de criterio la realizamos en relación a los atributos relacionados con la calidad científico-técnica de nuestro cuestionario, utilizando como patrón de referencia (gold standard)<sup>27,28</sup> el registro clínico de los fisioterapeutas, por ser la fuente de información tradicionalmente usada en la evaluación de la calidad asistencial, área a la que se dirige nuestro cuestionario. Dado que tradicionalmente esta fuente de información no incluye aspectos interpersonales entre usuarios y profesionales<sup>29</sup>, utilizamos el registro clínico del

fisioterapeuta como gold standard únicamente para aspectos técnicos, dejando para los aspectos relacionados con calidad percibida la evaluación de la validez de constructo.

### **c) Validez de constructo del cuestionario**

La validez de constructo se aplica habitualmente ante la ausencia de un criterio de referencia (gold standard)<sup>23</sup>. Los procesos para evidenciar la validez de constructo asumen que hay teorías o hipótesis acerca de las relaciones de las variables que mide el cuestionario<sup>23</sup>. El proceso para examinar la validez de constructo evalúa el grado en el que la medida investigada proporciona resultados que son consistentes con las citadas teorías o hipótesis.

En nuestro estudio consideramos, en base a la revisión de la literatura que realizamos, la hipótesis de que existe una correlación entre la percepción de problemas o experiencia negativa con relación a los atributos con los que el paciente juzga la calidad y la satisfacción, hipótesis que ha sido sugerida por varios autores<sup>30,32</sup>. En base a esta hipótesis, el proceso diseñado para examinar la validez de constructo de las preguntas de calidad percibida ha sido examinar en cada uno de los ítems la satisfacción entre los grupos de pacientes que perciben problemas y los que no, y examinar en cada una de las dimensiones la satisfacción entre grupos con diferente grado de problema.

#### **3.2.2.2. Fiabilidad**

La fiabilidad se refiere al grado en que las puntuaciones de una prueba son consistentes<sup>23</sup>. Al igual que la validez, la fiabilidad no es una cuestión de “todo o nada” sino que habitualmente es una cuestión de grados, ya que muy pocas medidas son completamente consistentes. Tradicionalmente existen dos grupos o formas de entender la fiabilidad en los que se pueden agrupar los diferentes procedimientos o estrategias que se usan para su medida: los métodos en los que la fiabilidad se entiende como estabilidad y los que se entiende por equivalencia o reproducibilidad.

La estabilidad se refiere a la consistencia de las contestaciones de las personas a la misma cuestión cuando se le pregunta en diferentes puntos en el tiempo<sup>23</sup>. En contraste, la equivalencia se refiere a la consistencia a las respuestas cuando (i) diferentes recopiladores de datos usan el mismo cuestionario, (ii) se utilizan diferentes pero presumibles y equivalentes

instrumentos de medición y (iii) se utilizan diferentes cuestiones dirigidas a medir un mismo concepto.

En nuestro estudio utilizamos los dos procedimientos, considerando la fiabilidad como equivalencia o reproducibilidad:

a) La fiabilidad de formas paralelas<sup>33</sup>, analiza la concordancia entre los resultados obtenidos en los dos métodos o herramientas de recogida de datos. En nuestro estudio han sido el cuestionario y el registro clínico de fisioterapia, con relación a las variables relacionadas con la calidad científico-técnica.

b) La consistencia interna mide el grado en que se obtienen respuestas homogéneas a diferentes preguntas sobre un mismo concepto o dimensión. En nuestro estudio, la estudiamos en relación a las preguntas relacionadas con calidad percibida.

### **3.2.2.3. Aceptabilidad**

Existe menos consenso acerca de lo que constituye la aceptabilidad de un cuestionario. Para Selby y Robertson<sup>34</sup>, la aceptabilidad es *“una descripción del tiempo de relleno y de la proporción de pacientes que lo encuentra dificultoso, imposible o inaceptable por alguna razón”*. Ware, Brook, Davies y Lohr<sup>35</sup> han propuesto como indicadores pragmáticos de aceptabilidad la proporción de rechazo, el tiempo de administración y la proporción de respuestas en blanco. No obstante, respecto a esta última proporción, se ha considerado que tiene el inconveniente de que puede ser reflejo tanto de inaceptabilidad por defecto o rechazo, como por problemas de comprensión. Otros autores han propuesto preguntar directamente a los pacientes acerca de la aceptabilidad del nuevo cuestionario<sup>36</sup>.

En nuestro estudio, para examinar la aceptabilidad del cuestionario, optamos por el diseño de indicadores como los de Ware et al<sup>35</sup>.

### **3.2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

El estudio lo realizamos en cinco Centros de Atención Primaria de la Región de Murcia. Los participantes fueron seleccionados de acuerdo a unos criterios de inclusión:

- i) Que tuvieran un diagnóstico de cervicalgia mecánica subaguda o crónica, con o sin irradiación del dolor a miembro superior.
- ii) Edad entre 18 y 79 años.
- iii) Estar muy próximos a ser dados de alta.
- iv) Que tuvieran buena salud física y mental para participar.

Los criterios de exclusión fueron:

- (i) Cervicalgia postraumática, como el whiplash.
- (ii) Ausencia de habilidades para leer o escribir en el cuestionario, y afectación de la memoria y del comportamiento cognitivo asociado a condiciones tales como la enfermedad de Alzheimer, demencia senil u otras condiciones.

El método de reclutamiento fue de conveniencia reclutando todos los participantes potenciales que acudieron a los respectivos centros de salud durante el período de marzo a septiembre de 2000.

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este estudio se centró en investigar la capacidad de los individuos para informar entorno a procesos, la investigación tuvo un carácter exploratorio y no tanto en estimar parámetros poblacionales. Por ello, buscamos estudiar la población en un marco temporal definido.

#### **3.2.4. RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

La recogida de información la llevamos a cabo a través de dos fuentes: A. el cuestionario tipo informe del paciente y B. los registros clínicos del fisioterapeuta. A continuación se detallan los procedimientos y las estrategias implicadas en la recogida de información.

##### **A. El cuestionario tipo informe del paciente**

El método de administración que utilizamos fue el autoadministrado previa entrega en mano.

Durante un período de seis meses, en la penúltima o última sesión de tratamiento, cada fisioterapeuta daba un cuestionario a cada paciente que había recibido tratamiento por cervicalgia mecánica, y se le dijo que lo completara en casa tan pronto como fuera posible, para que las respuestas que emitiera el paciente tuvieran una correspondencia temporal muy próxima entre la atención recibida y su experiencia (o entre sus expectativas y percepciones del

servicio)<sup>37,38</sup>. A los pacientes se les indicó que colocaran el cuestionario que habían cumplimentado en un buzón provisto para este fin, en la zona administrativa del centro de salud, cuando volvieran al centro de salud para una cita médica, de fisioterapia o por otras razones. Los cuestionarios también podían ser enviados por correo postal directamente a nuestro departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia, a la dirección que se indicó en el sobre en cuyo interior estaba el cuestionario (Figura 7).

Para estimular la tasa de respuesta, utilizamos varias estrategias, además del propio método de administración basado en la entrega del cuestionario en mano. Estas estrategias fueron: 1) una carta introductoria al cuestionario y confidencialidad de las respuestas, 2) incentivo no monetario, un bolígrafo, 3) diseño agradable del cuestionario y 4) recordatorio telefónico<sup>39</sup>.

La carta introductoria al cuestionario es considerada el principal vehículo para transmitir la sensación de utilidad al encuestado. Agradecemos al paciente que lo contestase, cómo debía hacerlo y dónde debía entregarlo una vez cumplimentado. Además, se le agradecía su colaboración y se remarcaba la utilidad de su información (Anexo 3). También se introdujo un bolígrafo en el mismo sobre en el que se introdujo el cuestionario para dárselo al paciente, que según un estudio mostró que este incentivo no monetario podía incrementar hasta el 10% la tasa de respuesta<sup>40</sup>.

En relación al diseño del cuestionario, el color y la claridad de las instrucciones parecen ser las características formales que más influyen en la respuesta<sup>39</sup>. El color empleado para las portadas del cuestionario fue el verde, quizá por su mayor visibilidad que hace más difícil perderlo u olvidarse de él. El resto del cuestionario fue de color blanco. Las instrucciones las hicimos con la mayor claridad posible, para evitar confusión y frustraciones en los que se decidieran a responder.

El recordatorio lo realizamos por medio de una llamada telefónica a todos los pacientes que no contestaron tras un plazo de 12 días. El contenido de la llamada de recordatorio se describe en el anexo 4. Para posibilitar el seguimiento de los pacientes y el recordatorio diseñamos "ad hoc" una hoja de monitorización que rellanaba el fisioterapeuta tras la entrega del cuestionario y que incluía datos personales del paciente, fecha de alta y código del cuestionario entregado (Anexo 5).

## B. El registro clínico de fisioterapia

Después de los seis meses, como período de tiempo transcurrido para la recogida de los cuestionarios, dos miembros del equipo de investigación entrenados revisaron los registros clínicos de fisioterapia correspondientes a cada uno de los pacientes que respondieron y entregaron el cuestionario. La información de los registros clínicos de fisioterapia incluía datos objetivos sobre los mismos aspectos objetivos que en el cuestionario, relativos a intervenciones terapéuticas y educativas de fisioterapia.



Figura 7. Procedimiento para la recogida de información en el pilotaje cuantitativo (basado en el cuestionario y en el registro clínico de fisioterapia).

### 3.2.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

#### 3.2.5.1. Aceptabilidad, validez y fiabilidad de los ítems relacionados con calidad percibida

##### Aceptabilidad

La aceptabilidad la estudiamos analizando cómo de comprensibles han sido los ítems. Consideramos que los ítems con un elevado número de respuestas no específicas o respuestas en blanco no fueron bien comprendidas por los pacientes. Determinamos la frecuencia de respuestas en blanco o inespecíficas para cada pregunta. Definimos respuestas específicas, respuestas lógicas y de acuerdo al formato de la respuesta: a) en las preguntas cerradas, la respuesta "sí" o "no"; b) en preguntas con varias opciones, marcando cualquiera de las opciones o indicando "no." Adicionalmente, analizamos las respuestas a la pregunta abierta sobre problemas con la comprensión de alguna pregunta del cuestionario.

## Validez

El análisis realizado fue dirigido a evaluar la validez de constructo, tanto a nivel de ítems como de subescalas o dimensiones.

### Para los ítems

La validez de constructo de cada ítem fue estudiada examinando la congruencia de la experiencia del paciente con la satisfacción general. Para analizarla, primero codificamos las respuestas de los ítems en dos categorías, en función de si fueron consideradas como problema de calidad percibida o no problema. Los criterios usados para definir problema de calidad percibida (PPQ) figuran en la tabla 20. El test de la T de Student fue usado para comparar la media de satisfacción del grupo que no indicó la presencia de un problema con el grupo que aportó el problema. Las medias de las diferencias y sus intervalos de confianza (IC 95%) fueron también calculados. En los casos en que alguno de los subgrupos tuvo un  $n < 30$  y distribución no normal, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney.

### Para las subescalas o dimensiones

Los ítems con validez de constructo fueron agrupados en subescalas, de acuerdo con las dimensiones originales identificadas en los grupos focales y la distinción de Donabedian<sup>41</sup>, dependiendo si se referían a aspectos técnicos, aspectos interpersonales o amenidades de la atención. Durante las primeras fases de elaboración del cuestionario, cuando realizamos los grupos focales, los temas de interés que surgieron quedaron agrupados en 10 dimensiones. A lo largo del proceso de construcción del cuestionario se conservaron, con el objetivo de preservar todas las áreas de atención que los usuarios manifestaron. Sin embargo, en la fase final del pilotaje, con la finalidad de realizar un análisis agregado lo más relevante y menos disperso posible, las redefinimos, con un resultado final de 4 dimensiones, cuya definición figura en la tabla 21. Una escala global y varias subescalas fueron desarrolladas. Para analizar la validez de las subescalas calculamos el porcentaje de PPQ en cada subescala, definido como el número de PPQ en una subescala dividido por el número de preguntas respondidas en esa subescala. El resultado total era igual al mismo porcentaje de PPQ pero considerando todas las preguntas.

La validez de constructo de las subescalas fue estudiada examinando la congruencia de los resultados de la misma hipótesis usada para los ítems. Para analizarla, primero los

resultados de cada subescala fueron codificados en tres categorías, excepto una subescala, tiempo de espera, cuyos resultados fueron codificados en dos categorías. La T de Student, para la escala anterior, y Anova para el resto, fueron usadas para comparar la media de satisfacción en cada grupo.

Tabla 20. Opciones de respuesta que se consideraron problema y no problema en el cuestionario inicial.

SECCIONES DEL CUESTIONARIO	Opciones de respuesta	
	Problema	No problema
<b>SECCIÓN A: ACCESIBILIDAD</b>		
1. ¿Le dijeron cuánto tiempo tardarían en llamarle desde que entregó el volante del médico para ir al fisioterapeuta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Cuánto tiempo pasó desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez?	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días <input type="checkbox"/> Pasó entre 1 y 2 meses <input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días
3. ¿Cree usted que estuvo que esperar demasiado tiempo en Lista de espera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>SECCIÓN B: PRIMERA VISITA DE RECONOCIMIENTO A SU FISIOTERAPEUTA</b>		
4. ¿Le dijeron que llevara el primer día las radiografías de su cuello para que las viera?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
5. En su primera visita ¿su fisioterapeuta le vio las radiografías de su cuello?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
6. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre los tratamientos que iba a hacer en el centro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
7. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre el tiempo aproximado que iba a estar en tratamiento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
8. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre las causas posibles de su dolor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<b>SECCIÓN C: TERAPIA EN EL CENTRO</b>		
9. ¿Empezaba su tratamiento a la hora que se le había citado o tenía que esperar para empezar?	<input type="checkbox"/> Tenía que esperar más de 15 minutos	<input type="checkbox"/> Empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos
10. ¿Tenía que esperar a que se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca
11. ¿Cree usted que por eso pasaba más tiempo del necesario en el centro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Tuvo que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Continuación Tabla 20.

SECCIONES DEL CUESTIONARIO	Opciones de respuesta	
	Problema	No problema
13. Díganos si tuvo alguna de las siguientes impresiones cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que usted.	Cualquier opción contestada, excepto "todo me pareció normal y adecuado"	<input type="checkbox"/> Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había <input type="checkbox"/> Había mucho ruido de gente <input type="checkbox"/> Era difícil comentar a solas con su fisioterapeuta cosas personales que le preocupaban <input type="checkbox"/> A veces creía que podía estar molestando a otras personas <input type="checkbox"/> Al fisioterapeuta no le daba tiempo de atender bien a todos los pacientes <input type="checkbox"/> Tenía poca intimidad a la hora de desabotonarme para que me pusiera algún aparato o me tocaran el cuello
14. Díganos si tuvo alguna de las siguientes impresiones sobre las instalaciones del centro	Cualquier opción contestada, excepto "todo estaba en buenas condiciones"	<input type="checkbox"/> Estaba sucio <input type="checkbox"/> Pasé frío <input type="checkbox"/> Pasé calor <input type="checkbox"/> Tenía un aspecto destartado <input type="checkbox"/> No había una habitación o un espacio para desvestirme con intimidad
15. ¿Ha recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, escribir, planchar...)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
16. ¿Su fisioterapeuta supervisaba cómo realizaba los ejercicios?	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre
17. ¿Su fisioterapeuta le ha preguntado si ha tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<b>SECCIÓN D: ALTA</b>		
18. ¿Le han dado algún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
19. Con respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, ¿qué ha ocurrido en su caso?	<input type="checkbox"/> Me han dado de alta muy pronto <input type="checkbox"/> He estado demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> Creo que he estado el tiempo necesario
20. ¿Le ha entregado su fisioterapeuta un informe de alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<b>SECCIÓN E: VALORACIÓN GLOBAL</b>		
21. ¿Cree que todo lo que le han hecho en Fisioterapia ha sido suficiente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
22. ¿Durante su estancia pudo comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre
23. ¿La información que le ha dado su fisioterapeuta le ha sido fácil de entender?	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante

Tabla 21. Dimensiones en las que se agrupan las preguntas del cuestionario

---

**ORGANIZACIÓN.** Características propias de la unidad de fisioterapia (procesos de atención, condiciones de las instalaciones, ...) que afectan a su funcionamiento general, y que se suceden con una cierta estabilidad en el tiempo, de manera independiente a las personas que realizan las tareas. Se incluyen las dimensiones iniciales de: organización, entorno físico, intimidad, tiempo de espera y trato discriminatorio.

**INFORMACIÓN.** Explicaciones y retroalimentaciones que se dan sobre el proceso de la enfermedad o sobre el tratamiento así como la valoración de su comprensión y facilidad de obtención. Se incluyen las dimensiones iniciales de información, continuidad de la atención y el trato.

**CALIDAD TÉCNICA (o competencia profesional).** Realización de actividades de evaluación y coordinación por parte del profesional y opinión que tiene el paciente acerca de las actuaciones más técnicas de los profesionales, valorando si están siendo las más adecuadas para su situación y problema de salud. Incluye la dimensión inicial de calidad científico-técnica.

**TIEMPO DE ESPERA.** Posibilidad de acceder en un tiempo adecuado a la unidad de fisioterapia y a los servicios que ofrece desde que se solicita. Incluye la dimensión inicial de accesibilidad.

---

## **Fiabilidad**

El análisis realizado fue dirigido a evaluar la consistencia interna de las subescalas. Este análisis se realizó mediante la determinación del alpha de Cronbach, asignando aquellos ítems con posible pertenencia teórica a más de una dimensión, a aquella en la que mostraban mayor correlación con el resto de los ítems que la componían.

### **3.2.5.2. Aceptabilidad, validez y fiabilidad de los ítems relacionados con calidad científico-técnica**

#### **Aceptabilidad**

La aceptabilidad de los ítems relativos a ítems relacionados con calidad científico-técnica la estudiamos de forma idéntica a la aceptabilidad relativa a los ítems relacionados con la calidad percibida. Analizamos y determinamos la frecuencia de respuestas en blanco o no específicas para cada pregunta, así como, las respuestas a la pregunta abierta sobre problemas con la comprensión de alguna pregunta del cuestionario.

## **Validez**

El análisis realizado fue dirigido a evaluar la validez de criterio. Para determinar la validez de criterio del cuestionario como un sustituto de los datos registrados en las historias médicas, calculamos los niveles de sensibilidad y especificidad de estos ítems que fueron fiables (ratio de no respuesta y de respuesta no específica <15%) y cuya información fue registrada en al menos el 20% de los registros de fisioterapia consultados. Los datos de los registros de fisioterapia fueron usados como patrón de referencia (gold standard)<sup>27,28</sup> y consideramos como “verdadero positivo” aquellos casos en los que en el registro de fisioterapia como en el informe del paciente coincidían cuando indicaban que un aspecto determinado relacionado con la calidad científico-técnica se había desarrollado. Mientras que “verdadero negativo” en aquellos casos en los que ambas fuentes indicaban la ausencia de determinado aspecto en la pregunta.

Para la validación de aspectos relacionados con la calidad científico-técnica y que no han sido registrados sistemáticamente en los registros clínicos de fisioterapia, no calculamos la sensibilidad y la especificidad. El paciente en vez del registro clínico de fisioterapia ha sido considerado el “gold standard”.

## **Fiabilidad**

Para los aspectos de calidad científico-técnica estudiamos el agregamiento (también llamado equivalencia o reproducibilidad)<sup>23</sup> de los dos métodos o herramientas de recogida de datos (el informe del paciente y el registro clínico de fisioterapia). Para analizar la reproducibilidad o fiabilidad de estas dos formas paralelas de medición, utilizamos como indicadores el índice de kappa y el índice de concordancia general, pero solamente para aquellos ítems que fueron comprendidos por los pacientes (ratio de no respuesta y de respuesta no específica <15%), y sólo para aquellos ítems cuya información fue recordada en al menos el 20% de los registros de fisioterapia consultados.

Además del análisis de las propiedades psicométricas, analizamos agregamientos ajustados mediante modelos de regresión logística<sup>42</sup> para investigar la asociación entre varias características de los pacientes y la concordancia o agregamiento entre la información del informe del paciente y el registro de fisioterapia. Las variables dependientes fueron la sensibilidad y la especificidad (no=0; sí=1). Las variables independientes usadas fueron: género

(hombre=0; mujer=1), edad (18-40 años=0; 41-60=1; por encima de 60=2), educación (no escolarización=0; educación primaria=1; educación secundaria o universitaria=2) y uso previo de fisioterapia (no=0; sí=1).

### **3.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN FISIOTERAPIA MEDIANTE EL INFORME DEL USUARIO**

#### **3.3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Realizamos un estudio descriptivo transversal analítico.

#### **3.3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

El estudio lo realizamos en ocho Centros de Atención Primaria de la Región de Murcia. La selección de los participantes la realizamos de acuerdo a unos criterios de inclusión, similares al estudio de validación previo:

- (i) Que tuvieran un diagnóstico de cervicalgia mecánica subaguda o crónica, con o sin irradiación del dolor a miembro superior.
- (ii) Edad entre 18 y 80 años.
- (iii) Que tuvieran buena salud física y mental para participar.
- (iv) Que hubieran recibido indicación de ejercicios domiciliarios durante el período de tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron:

- (i) Cervicalgia postraumática, como whiplash.
- (ii) Ausencia de habilidades para leer o escribir en el cuestionario y afectación de la memoria y del comportamiento cognitivo asociado a condiciones tales como la enfermedad de Alzheimer, demencia senil u otras condiciones.
- (iii) Dejar de asistir al centro de Atención Primaria.
- (iv) Anulación de la indicación de ejercicios por reacciones adversas u otros motivos.

Seleccionamos durante un período de seis meses (diciembre de 2004 a junio de 2005) a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a tratamiento de fisioterapia a ocho unidades de fisioterapia de la Región de Murcia por cervicalgia mecánica no traumática. Las unidades de fisioterapia participantes fueron: a) cuatro del área de Cartagena, b) una del área de Lorca y c) tres del área de Murcia.

Los pacientes fueron incluidos de forma consecutiva. Con este reclutamiento se consideró que la amplitud del marco temporal seleccionado pudo ser suficiente para prevenir un

sesgo de selección ya que la población de estudio podía ser similar a la habitual en las unidades de fisioterapia. Por otra parte, para evitar el sesgo de selección por la no respuesta, se hizo necesario controlar este sesgo de no respuesta. Estimamos estudiar este sesgo cuando el porcentaje de respuesta fuera inferior al 70%<sup>39</sup>. El sesgo se controló mediante el método basado en la comparación de las diferencias entre los que respondieron y los que no.

### **3.3.3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

La recogida de información relevante para los objetivos del estudio fue llevada a cabo a través del cuestionario validado en el estudio con motivo de esta tesis (Anexo 6). Adicionalmente, utilizamos otros documentos para el seguimiento del estudio en el control del sesgo de no respuesta y la realización del recordatorio.

Durante un período de 6 meses, en la penúltima o última sesión de tratamiento, cada fisioterapeuta dio un cuestionario a cada paciente que había recibido tratamiento por cervicalgia mecánica y se le dijo que lo complementara en casa tan pronto como fuera posible. Al paciente se le indicó que enviara el cuestionario que había cumplimentado por correo postal directamente a nuestro departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia, a la dirección que se indicó en el sobre que se le dio junto con el cuestionario.

Con relación al control del sesgo de no respuesta y estimular la tasa de respuesta usamos similares estrategias a las usadas en el estudio de validación (apartado 3.2.4). Para controlar posible sesgo de no respuesta empleamos una hoja de control rellena al inicio del tratamiento por el mismo paciente.

Para estimular la tasa de respuesta, utilizamos: (i) la entrega en mano del cuestionario, (ii) una carta introductoria al cuestionario, (iii) compromiso de confidencialidad de las respuestas, (iv) un bolígrafo como incentivo para responder, (v) un sobre con franqueo pagado para que el paciente enviara el cuestionario sin coste alguno, (vi) un diseño agradable y (vii) recordatorio telefónico.

La finalidad de la carta introductoria fue la misma que para el estudio de validación previo. El bolígrafo decidimos entregarlo en base a un estudio que mostró que este incentivo no monetario podía incrementar hasta el 10% la tasa de respuesta<sup>40</sup>. Se introdujo en el sobre con franqueo pagado junto con el cuestionario. En relación al diseño del cuestionario, se utilizó un

color azul y claridad en las instrucciones que por ser características formales que parece que influyen en la respuesta<sup>39</sup>.

El recordatorio lo realizamos inicialmente por medio de una llamada telefónica a todos los pacientes que no contestaron en un plazo de 12 días. En aquellos casos en los que el paciente indicó la pérdida del cuestionario le enviamos otro cuestionario por correo postal. La identificación de los pacientes susceptibles del recordatorio fue posible a través del diseño de una hoja de monitorización de entrega de cuestionarios (incluía un código de identificación, datos personales del paciente y su fecha de alta) (Anexo 5), que rellenó el fisioterapeuta y a través del contacto periódico (quincenal) entre el fisioterapeuta y una persona del grupo de investigación, por teléfono y por fax.

#### **3.3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO**

##### **VARIABLES Y SU MEDICIÓN**

Las variables del estudio para medir los aspectos relacionados con la calidad percibida se correspondieron con las variables de la escala que hemos validado con motivo de esta tesis (Tabla 22). Cada una de las variables individualmente fueron recodificadas en dos categorías (0=no problema, 1=sí problema), en función de si fueron consideradas como problema de calidad percibida o no problema, para poder construir indicadores simples y compuestos. Las opciones de respuesta de las variables que se consideraron problema (Tabla 23) han sido las mismas que las del estudio de validación del cuestionario. A su vez, estas variables recodificadas también fueron agrupadas de acuerdo a las subescalas del cuestionario validado (información, organización, calidad científico-técnica, tiempo de espera) para formar indicadores compuestos (Tabla 23).

Tabla 22. Variables relacionadas con Calidad Percibida

Variables	Escala	Categoría
<b>Tiempo de espera</b>		
Desde derivación médica	Ordinal	Menos de 15 días/ 15- 30 días/ 1-2 meses/ Más de 2 meses
Desde inicio de cada visita de tratamiento	Ordinal	Empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos/ Tenía que esperar más de 15 minutos
<b>Organización</b>		
Excesivos tratamientos simultáneos	Nominal	Sí/ No
Demoras durante las visitas de tratamiento	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi nunca/Nunca
Realización de tareas propias del fisioterapeuta	Nominal	Sí/ No
<b>Intimidad</b>		
Auditiva	No minal	Sí/ No
Visual	Nominal	Sí/ No
<b>Entorno físico</b>		
Espacio adecuado respecto al volumen de gente	Nominal	Sí/ No
<b>Competencia profesional</b>		
Ver radiografías en primera visita	Nominal	Sí/ No
Entrega informe de alta	Nominal	Sí/No
<b>Trato</b>		
Comentar aspectos de la enfermedad	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi Nunca/Nunca
Comprensión de información proporcionada	Ordinal	Muy fácil /Fácil/Regular/Difícil/Muy difícil
<b>Información</b>		
Tiempo previsto de tratamiento fisioterápico	Nominal	Sí/ No
Posibles causas del dolor	Nominal	Sí/ No
Posiciones ergonómicas	Nominal	Sí/ No
Consejos si empeora el dolor cervical	Nominal	Sí/ No
Tiempo transcurrido desde derivación médica	Nominal	Sí/ No
<b>Continuidad de la atención</b>		
Dificultad al realizar los ejercicios	Nominal	Sí/ No
Supervisión de los ejercicios	Ordinal	Siempre/Casi siempre/A veces/Casi Nunca/Nunca

Tabla 23. Opciones de respuesta que se consideraron problema y no problema en el cuestionario

SECCIONES DEL CUESTIONARIO	Opciones de respuesta	
	Problema	No problema
<b>SECCIÓN A: EN SU PRIMERA VISITA AL FISIOTERAPEUTA</b>		
1. ¿Cuánto tiempo pasó desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez?	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días <input type="checkbox"/> Pasó entre 1 y 2 meses <input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días
2. ¿Cree usted que estuvo que esperar demasiado tiempo en Lista de espera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. En su primera visita ¿su fisioterapeuta le vio las radiografías de su cuello?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
4. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre el tiempo aproximado que iba a estar en tratamiento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
5. ¿Su fisioterapeuta le informó sobre las causas posibles de su dolor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<b>SECCIÓN B: ATENCIÓN PROPORCIONADA EN EL CENTRO</b>		
6. ¿Empezaba su tratamiento a la hora que se le había citado o tenía que esperar para empezar?	<input type="checkbox"/> Tenía que esperar más de 15 minutos	<input type="checkbox"/> Empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos
7. ¿Tenía que esperar a que se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca
8. ¿Cree usted que por eso pasaba más tiempo del necesario en el centro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Tuvo que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. Díganos si tuvo alguna de las siguientes impresiones cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que usted.	Cualquier opción contestada, excepto "todo me pareció normal y adecuado"	<input type="checkbox"/> Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había <input type="checkbox"/> Había mucho ruido de gente <input type="checkbox"/> Era difícil comentar a solas con su fisioterapeuta cosas personales que le preocupaban <input type="checkbox"/> A veces creía que podía estar molestando a otras personas <input type="checkbox"/> Al fisioterapeuta no le daba tiempo de atender bien a todos los pacientes <input type="checkbox"/> Tenía poca intimidad a la hora de desabotonarme para que me pusiera algún aparato o me tocaran el cuello
11. ¿Durante su estancia pudo comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre
12. ¿Ha recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, escribir, planchar...)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
13. ¿Le han dado algún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Continuación Tabla 23.

SECCIONES DEL CUESTIONARIO	Opciones de respuesta	
	Problema	No problema
14. ¿La información que le ha dado su fisioterapeuta le ha sido fácil de entender?	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante
15. ¿Su fisioterapeuta supervisaba cómo realizaba los ejercicios?	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi Nunca <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre
16. ¿Su fisioterapeuta le ha preguntado si ha tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
<b>SECCIÓN D: ALTA Y VALORACIÓN GLOBAL</b>		
17. ¿Le ha entregado su fisioterapeuta un informe de alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
18. Con respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, ¿qué ha ocurrido en su caso?	<input type="checkbox"/> Me han dado de alta muy pronto <input type="checkbox"/> He estado demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> Creo que he estado el tiempo necesario
19. ¿Cree que todo lo que le han hecho en Fisioterapia ha sido suficiente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

### 3.3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

#### Aceptabilidad y análisis del sesgo de no respuesta

Para la aceptabilidad del cuestionario calculamos la tasa de respuesta al cuestionario por medio del cociente entre el número de cuestionarios que fueron contestados, tanto con recordatorio como sin recordatorio telefónico, y el número de cuestionarios que fueron entregados a los pacientes.

El método de análisis del sesgo fue el basado en las diferencias entre los que respondieron y los que no. Los factores de confusión estudiados fueron la edad, el género, el nivel de estudios y la utilización previa de fisioterapia. Las diferencias entre los que respondieron y los que no al cuestionario fueron contestadas en base a la prueba chi cuadrado.

Para los factores de confusión que se distribuyeron heterogéneamente analizamos su influencia sobre cada uno de los indicadores de calidad percibida. Este análisis lo realizamos mediante un modelo de regresión logística que tuvo como variable dependiente el indicador o respuesta de interés modelado como 1 (percepción de problema) ó 0 (no percepción de problema), mientras que las variables independientes se correspondieron con los factores de

confusión que se distribuyeron heterogéneamente sobre determinados indicadores de calidad percibida (en nuestro estudio, la edad y el uso previo de fisioterapia). Posteriormente, sobre aquellos indicadores que se vieron afectados por los factores de confusión procedimos a ajustar mediante el resultado de cada indicador sobre

### **Análisis descriptivo para analizar la calidad percibida**

Comparamos la calidad percibida entre centros de salud en base a cada uno de los indicadores compuestos. Calculamos el valor promedio y percentiles en cada indicador compuesto para tomarlo como referencia.

Establecimos indicadores del tipo proporción elaborados a partir de las respuestas a cada uno de los ítems (Tabla 24) y subescalas (Tabla 25). En los indicadores simples, el numerador fue el número de pacientes cuya respuesta era considerada problema, y el denominador el total de pacientes que respondieron a esa pregunta. La fórmula para el cálculo del indicador es la siguiente:

$$\% \text{ de problemas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes que responden que tuvieron problemas (una o más opciones)}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes que responden}} \times 100$$

Los indicadores compuestos que empleamos fueron del tipo porcentaje simple, que resumen las respuestas de varias preguntas sobre diversos aspectos de una variable compleja o dimensión indagada en la encuesta (por ejemplo, problemas percibidos de organización, accesibilidad, competencia profesional, etc.), expresándolo como % de problemas, según la fórmula<sup>43</sup>.

$$\% \text{ de problemas} = \frac{\sum \text{Respuestas que expresan existencia del problema}}{\sum \text{Preguntas que responden}} \times 100$$

Tabla 24. Indicadores simples sobre problemas específicos de calidad percibida

<b>Indicadores simples de calidad percibida</b>
<b>Tiempo de espera</b>
1. % Pacientes que han pasado más de 15 días desde que entregaron el volante hasta la primera visita en fisioterapia.
2. % Pacientes que creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera
<b>Organización</b>
3. % Pacientes que tuvieron que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta
4. % Pacientes que tuvieron alguna mala impresión cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que ellos
5. % Pacientes que tuvieron que esperar a se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le Tocaba
6. % Pacientes que informan que no empezaban su tratamiento a la hora que se le había citado o tenían que esperar para empezar
7. % Pacientes que creen que por eso pasaban más tiempo del necesario en el centro
<b>Competencia profesional</b>
8. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no le vio las radiografías de su cuello
9. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha entregado su fisioterapeuta un informe de alta
10. % Pacientes que creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido suficiente
11. % Pacientes que creen que el tiempo que han estado en fisioterapia no ha sido suficiente
<b>Información</b>
12. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre el tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento
13. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre las causas posibles de su dolor
14. % Pacientes que opinan que la información que les ha dado el fisioterapeuta no les ha sido fácil de entender
15. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les supervisó cómo realizaban los ejercicios
16. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha preguntado si han tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en Casa
17. % Pacientes que no han recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, ...)
18. % Pacientes que no han recibido ningún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello
19. % Pacientes que no pudieron comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban

Tabla 25. Indicadores compuestos de calidad percibida

<b>Indicadores compuestos de calidad percibida</b>
1. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Información
2. % Pacientes que han percibido problemas relativos a la dimensión Competencia Profesional
3. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Tiempo de Espera
4. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Organización

Para cada indicador simple calculamos la proporción de problemas y su correspondiente intervalo de confianza al 95%. Adicionalmente, calculamos el porcentaje relativo de problemas de cada uno con respecto al total de problemas de todos ellos. De similar modo, para cada indicador compuesto calculamos la proporción de problemas, su correspondiente intervalo de confianza al 95% y el porcentaje relativo de problemas de cada dimensión con respecto al total de problemas de todas las dimensiones.

Comparamos la calidad percibida entre centros en base a cada uno de los indicadores compuestos. Calculamos el valor de cada indicador compuesto en cada centro y el valor promedio y percentiles respecto al conjunto de los centros. Este último, lo usamos como standard de referencia para realizar el análisis de perfiles estadísticos<sup>44</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med.* 1994; 39 (5): 655-670.
- <sup>2</sup>Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med.* 1978; 12A: 283.
- <sup>3</sup>Melver S. Information on obtaining the views of users of primary health care services. Londres: Kings Fund Centre. 1991.
- <sup>4</sup>Grau D, Pryce-Jones M, Tippins D. Satisfactory practice. *Hlth Service J.* 1989; 99: 1464-1465.
- <sup>5</sup>Smith JA, Scammon D, Beck SL. Patient´perspective. Using patient focus groups for new patient services. *J Qual Improv.* 1995; 21(1): 22-31.
- <sup>6</sup>Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria.* 2002; 29 (6): 366-373.
- <sup>7</sup>Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (5): 409-422.
- <sup>8</sup>Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Ed. Pirámide. 1991.
- <sup>9</sup>Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data análisis: an expanded sourcebook.* London: Sage. 1994.
- <sup>10</sup>Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-112. Fielding N. Ethnography. En: Gilabert N, ed. *Research social life.* Londres: Sage. 1993; 154-171.
- <sup>11</sup>Fielding N. Ethnography. En: Gilabert N, ed. *Research social life.* Londres: Sage. 1993; 154-171.
- <sup>12</sup>Maxwell JA. *Qualitative research design: an interactive approach (2<sup>nd</sup> edition).* California: Sage. 2005.

- <sup>13</sup>Medina F, Meseguer AB, Montilla J, Valera F, Campillo J, Rabal C. ¿Qué tipo de atención se presta en fisioterapia cuando no se utilizan los protocolos?. *Revista de Calidad Asistencial*. 2000; 15: 494.
- <sup>14</sup>Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Moving forward in service quality research: measuring different customer-expectation levels, comparing alternative scales, and examining the performance-behavioral intentions link. Working Paper: Report nº 94-114. Marketing Science Institute. 1994.
- <sup>15</sup>Westbrook RA. A rating scale of measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*. 1980; 44: 68-72.
- <sup>16</sup>Oliver RL, Westbrook RA. The factor structure of satisfaction and related postpurchase measures. *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining*. Day, R.L. y Hunt, H.K. (eds.), Bloomington: Indiana University School of Business. 1982; 11-14.
- <sup>17</sup>Oliver RL, Bearden WO. The role of involvement in satisfaction process. *Advances in Consumer Research*, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research. 1983; 250-255.
- <sup>18</sup>Moore EM, Shuptrine FK. Disconfirmation effects on consumer decision making processes. *Advances in Consumer Research*. Kinnear, T.C. (ed.), Ann Arbor, MI: Association for consumer Research. 1984; 11: 299-304.
- <sup>19</sup>Singh J. What occurs once consumers complaint?. *European Journal of Marketing*. 1991; 25 (5): 30-46.
- <sup>20</sup>Garret DE. The effectiveness of compensation given to complaining consumers: is more better?. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfacion and Complaining Behavior*. 1999; 12: 26-34.
- <sup>21</sup>Fowler FJ. *Improving survey questions. Design and evaluation*. Sage: New York. 1995.
- <sup>22</sup>Mangione TW. *Mail surveys. Improving the quality*. Sage: New York. 1995.
- <sup>23</sup>Aday LA. *Designing and Conducting health surveys*. 2ª ed. Josey-Bass Pub., San Francisco. 1996.

- <sup>24</sup>Saturno PJ. Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia. 2001c.
- <sup>25</sup> Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiología. 3ª ed. Madrid: Elsevier. 2005.
- <sup>26</sup>Domholdt E. Physical therapy research. Principles and applications. 2<sup>nd</sup> ed, Sunders. 2000.
- <sup>27</sup>Hargraves JL, Palmer RH, Zapka J et al. Using patient report to measure health care system performance. *Clinical Performance and Quality Health Care*. 1993; 1(4): 208-213.
- <sup>28</sup>Brown JB, Adams ME. Patients as reliable reporters of medical care process: recall of ambulatory encounter events. *Medical Care*. 1992; 30: 400-411.
- <sup>29</sup>Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Aff*. 1988; 7: 33-48.
- <sup>30</sup>Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988; 25: 25-36.
- <sup>31</sup>Judge K, Solomon M. Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy*. 1993; 22, 299-327.
- <sup>32</sup>Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Sci Med*. 1997; 45: 1829-1843.
- <sup>33</sup>Delgado M, Gómez M, Bueno A, García M, Gálvez R. Recall bias in a case-control study of low birth weight. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48 (9): 1133-40.
- <sup>34</sup>Selby P, Robertson B. Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surv*. 1987; 6: 521-43.
- <sup>35</sup>Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *Am J Public Health*. 1981; 71: 620-625.

- <sup>36</sup>Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res.* 1993; 2: 287-295.
- <sup>37</sup>Benavides FGL, Nolasco A, Jiménez L et al. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un centro de salud. *Aten Primaria.* 1987; 4: 91-95.
- <sup>38</sup>Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 1989; 6: 312-316.
- <sup>39</sup>Saturno PJ. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control de sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 37. Universidad de Murcia. 2001d.
- <sup>40</sup>Meterko M, Nelson E, Rubin HR (eds). Patients judgements of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care.* 1990; 8 (Supplement Part 5: Response to questionnaire): 518-519.
- <sup>41</sup>Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. *JAMA.* 1988; 260: 1743-1748.
- <sup>42</sup>Graubard BI, Born EL. Predictive margins with survey data. *Biometrics.* 1999; 55: 652-659.
- <sup>43</sup>Saturno PJ, Mas CA, Parra HP, González BM, López SA, Llor EB, Gascón CJJ, Calle UJ. Análisis de los grupos focales en el proceso de elaboración de una encuesta post-hospitalización tipo informe, sobre la calidad percibida por el usuario. *Rev Calidad Asistencial.* 1999; 14: 627.
- <sup>44</sup>Saturno PJ. Programas de monitorización externa de indicadores. Análisis de perfiles. Ajuste y estandarización de indicadores comparativos. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: programas externos. Unidad temática 39. Universidad de Murcia. 2001e.

## **RESULTADOS**





## 4. RESULTADOS

### 4.1. IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS O ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA

Se realizaron tres grupos focales, dos de ellos en dos centros de Atención Primaria ubicados en zonas rurales y otro grupo focal en un centro de Atención Primaria perteneciente a una zona urbana.

Aceptaron participar en los tres grupos focales un total de 18 personas, de las cuales asistieron a las reuniones 15 (83%). La asistencia por grupo osciló entre 4 y 6 personas. Diez de los participantes (66%) fueron mujeres y el resto hombres. Uno de los grupos estuvo formado exclusivamente por mujeres. Cuatro de los participantes tenían menos de 45 años (26 %), siete entre 45 y 60 (47 %) y el resto más de 60 años (27 %).

Se obtuvieron un total de 166 afirmaciones. Sobre el total de participantes, la media de afirmaciones fue de 11, con un rango entre 8.2 a 16.7. El 70% de las afirmaciones se obtuvieron de los participantes que vivían en zonas rurales (Tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las afirmaciones obtenidas por la zona de ubicación del centro de salud

Zona	Número de afirmaciones	Porcentaje / total	Centros de salud	Número de participantes	Media de afirmaciones/participantes
<b>Zona Rural:</b>	<b>117</b>	<b>70.5</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>13</b>
Centro "A"	67	40.4	1	4	16.7
Centro "B"	50	30.1	1	5	10.0
<b>Zona Urbana:</b>	<b>49</b>	<b>29.5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8.2</b>
Centro "C"					
<b>Totales</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>11</b>

Del conjunto de las afirmaciones se identificaron un total de 10 dimensiones. A su vez dentro de la mayoría de las dimensiones o categorías temáticas se identificaron varios

apartados, aspectos o categorías sustantivas vinculadas a ellas. Así, por ejemplo para la dimensión “tiempo de espera” se identificaron los apartados sobre tiempo transcurrido desde la derivación del médico de cabecera hasta el primer contacto con el fisioterapeuta, y los tiempos de demora durante las visitas de tratamiento. La definición de cada dimensión y algunos ejemplos de afirmaciones que fueron incluidas en ellas aparecen en las tablas 27 y 28.

Tabla 27. Definición de las dimensiones identificadas

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
<b>Accesibilidad</b>	Posibilidad de acceder a la unidad de fisioterapia y a los servicios que ofrece Esta dimensión puede subdividirse en: accesibilidad desde el médico y física.
<b>Calidad científico-técnica</b>	Sensación percibida por el paciente de que el fisioterapeuta que le está tratando sabe lo que tiene que hacer, transmitiéndole o no, la sensación de seguridad y calidad en la valoración o los tratamientos
<b>Continuidad de la atención</b>	Seguimiento que se realiza del paciente durante el periodo de tratamiento y con posterioridad al mismo con relación a las pautas recomendadas y el estado de salud.
<b>Entorno físico e infraestructura</b>	Estado de las instalaciones y equipos de la unidad de fisioterapia y de su higiene y limpieza, y adecuación del ambiente a las necesidades del individuo y de los tratamientos como intimidad, ruidos y temperatura.
<b>Información</b>	Explicaciones y/o documentos que se dan al paciente o a sus familiares sobre el problema de salud o sobre el tratamiento.
<b>Intimidad</b>	Sensación percibida por el paciente de que aspectos íntimos de su vida pueden ser vistos u oídos por personas diferentes al fisioterapeuta.
<b>Organización</b>	Es todo lo referente a la organización interna de la Unidad que repercute en la atención a los usuarios: número de pacientes, simultaneidad de tratamientos, simultaneidad con tareas no asistenciales.
<b>Tiempo de espera</b>	Percepción del tiempo que transcurre desde que te dicen que va a ocurrir algo y este se produce, o la sensación de espera excesiva por parte del paciente.
<b>Trato</b>	Forma del fisioterapeuta de dirigirse hacia el paciente o acompañantes.
<b>Trato discriminatorio</b>	Forma favorable o desfavorable del fisioterapeuta hacia algunos pacientes.

Tabla 28. Principales aspectos de las dimensiones y ejemplos de las mismas

Dimensiones y sus aspectos	Ejemplos de afirmaciones o frases significativas
<b>Accesibilidad</b>	
- Conseguir la derivación	“Me mandó al traumatólogo y, como hay una demora grande yo estaba muy mal en mi casa, lo ideal es que nos mande el médico al fisioterapeuta”.
- Accesibilidad física	“Por un lado me cuesta mucho tiempo venir y por otro no vengo a gusto, de pensar ¿por qué no hay fisioterapeuta en mi centro de salud?”.
<b>Calidad científico-técnica</b>	
- Calidad de la exploración	“A mí me estuvo viendo y muy bien; pues eso, agacha la cabeza, para el lado, levántala y para el otro lado”.
- Adecuación del tratamiento	“A mí me dijo que lo más adecuado era un aparato que te cuelga del cuello y te tira para arriba, y es lo que más me hace”.
<b>Continuidad de la atención</b>	
- Seguimiento de las pautas	“Me enseñó unos ejercicios para hacerlos en casa, pero no me ha preguntado si los hago y si tengo algún problema para hacerlos”.
- Seguimiento del problema	“El problema es dentro de 3 meses que me volverá a dar el dolor, pues entonces no puedo contar con el fisioterapeuta para prevenirlo”.
<b>Entorno físico</b>	
- Espacio	“Al hacer los ejercicios somos 12 personas y estoy casi tocándole los pies a la persona que tengo enfrente sentada. Esto es muy pequeño”.
- Material	“Muchas veces me he acostado en la camilla sobre la misma sábana que ese señor ... casi prefiero no tener sábana”.
- Ruido	“Ves que hay tanta gente hablando y piensas que no es el mejor ambiente para tu problema”.
<b>Información</b>	
- Problema de salud	“Al ver las radiografías me dijo que era natural lo de mi dolor de cuello, pero no me explicó más”.
- Plan de tratamiento (oral)	“El primer día no me dijo lo que iba a hacer los otros días, me lo dijo porque yo se lo pregunté, y me explicó qué hacía cada aparato”.
- Plan de tratamiento (escrita)	“A mí me dijo que me iba a dar unos papeles con ejercicios, pero se le debió de olvidar con tanto jaleo”.
<b>Intimidad</b>	
- Visual	“Aquí tenemos que desabotonarnos para ponernos los aparatos y no tenemos intimidad, porque está el Sr. Fulano, el Sr. Mengano”.
- Auditiva	“Yo le tuve que contar a la fisioterapeuta lo que me pasaba estando otro paciente delante y eso me puso muy nerviosa”.

---

Continuación Tabla 28.

---

Dimensiones y sus aspectos	Ejemplos de afirmaciones o frases significativas
<b>Organización</b>	
- No. De fisioterapeutas/demanda	“La fisioterapeuta trabaja al 100%, pero ella no puede hacer el trabajo de cuatro personas”.
- Tratamientos simultáneos	“Una fisioterapeuta atendiendo a 10 personas a la vez, es imposible. Así tenemos muy poca asistencia”.
- Realización de tareas no asistenciales	“No me parece que la fisioterapeuta cuando está conmigo tenga que contestar al teléfono, debería haber otra persona para eso”.
<b>Tiempo de espera</b>	
- Desde la derivación del médico	“En ese momento es cuando lo necesitas no 6 meses después, me molesta que no puedo venir porque hay otras pacientes que están antes”.
- Durante las visitas de tratamiento	“Lo mismo te citan a las 10.00 h y son las 11.00 h y todavía no te han puesto nada y estás esperando el foco porque esta ocupado”.
<b>Trato</b>	
	“La fisioterapeuta es muy agradable y cuando le pregunto algo me responde muy bien, es excelente”.
<b>Trato discriminatorio</b>	
	“Primero las personas por accidente, nosotros nos quedamos sólo con aparatos y ejercicios, si quieres un masaje tiene que ser privado”.

---

En la tabla 29 se describe la frecuencia de aparición de las afirmaciones dentro de cada dimensión, por centro de salud y, en total en los diferentes centros. La organización fue la dimensión más identificada (19%), en concreto los problemas derivados de la desproporción entre la demanda y el número de fisioterapeutas, los tratamientos simultáneos a varios pacientes y, la realización de tareas no asistenciales. El trato y el trato discriminatorio fueron las menos identificadas (en un 3% del total de las afirmaciones).

Tabla 29. Distribución de las afirmaciones obtenidas por centro de acuerdo a cada dimensión.

<b>Nombre de la Dimensión</b>	<b>Nº Afirmaciones Centro "A" (rural)</b>	<b>Nº Afirmaciones Centro "B" (rural)</b>	<b>Nº Afirmaciones Centro "C" (urbano)</b>	<b>Afirmaciones Número y %</b>
Organización	15	6	12	33 (19.9%)
Información	9	10	7	26 (15.6%)
Tiempo de espera	12	6	6	24 (14.5%)
Calidad científico - técnica	6	8	8	22 (13.2%)
Accesibilidad	6	7	3	16 (9.6%)
Continuidad de la atención	4	6	5	15 (9.0%)
Entorno físico	6	2	4	12 (7.2%)
Intimidad	6	0	2	8 (4.8%)
Trato	1	2	2	5 (3.0%)
Trato discriminatorio	2	3	0	5 (3.0%)
<b>Totales</b>	<b>67 (40.4 %)</b>	<b>50 (30.1 %)</b>	<b>49 (29.5%)</b>	<b>166 (100%)</b>

Por centros existe similitud en la distribución de las afirmaciones de cada dimensión, las diferencias más evidentes se presentan en las dimensiones de tiempo de espera (que en el centro "A" corresponde al doble de afirmaciones que en el resto de los centros), accesibilidad (menor en el centro "C") e, intimidad (también mayor en el centro "A") (Tabla 29).

El análisis comprobó que se consiguió la saturación de la información, al producirse afirmaciones repetidas que no aportaban información adicional.

## 4.2. VALIDACIÓN DEL INFORME DEL USUARIO SOBRE ASPECTOS RELATIVOS A LA CALIDAD PERCIBIDA Y A LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

### 4.2.1. MAGNITUD DE LA RESPUESTA

Durante el período de estudio entregamos un total de 176 cuestionarios y el número total de los participantes que respondieron al cuestionario fue 142 (80.7% ratio de respuesta). De todos los pacientes que respondieron, no fue necesario realizar el recordatorio telefónico en el 92.2%.

La tabla 30 resume los cuestionarios distribuidos y los cuestionarios contestados, tanto con recordatorio como sin recordatorio telefónico en las cinco unidades de fisioterapia de Atención Primaria. En cuatro unidades de fisioterapia se consiguió una tasa de respuesta superior a la tasa de respuesta anticipada, es decir, superior al 70%, llegándose a conseguir en una unidad el 100%. Sólo en una unidad de fisioterapia, la tasa de respuesta fue menor de la prevista (61.5%). La tasa de respuesta al cuestionario fue mayor con relación a otros estudios que usaron correo postal, como método de distribución del cuestionario<sup>1</sup>. Una encuesta realizada por teléfono es más costosa, y realizada mediante correo postal puede tener una proporción de respuesta más baja. Si el centro de salud se compromete con la calidad, como ocurrió con los cinco centros de salud que participaron en nuestro estudio, el método de entrega en mano del cuestionario a los pacientes puede ser factible y aconsejable. La realización y efectividad del recordatorio telefónico figura en la tabla 31.

Tabla 30. Tasa de respuesta por unidades de fisioterapia

Centro	Cuestionarios distribuidos	Cuestionarios contestados		Total	Tasa de respuesta
		Sin Recordatorio	Con Recordatorio		
Unidad de fisioterapia 1	42	27	6	33	78.6
Unidad de fisioterapia 2	39	20	4	24	61.5
Unidad de fisioterapia 3	39	34	—	34	87.2
Unidad de fisioterapia 4	33	27	1	28	84.8
Unidad de fisioterapia 5	23	23	—	23	100
TOTAL	176	131	11	142	80.7

Tabla 31. Realización y efectividad del recordatorio telefónico por centros

<b>Centro</b>	<b>Total de recordatorios realizados</b>	<b>Cuestionarios cumplimentados tras realizar recordatorio</b>	<b>Efectividad del recordatorio</b>
<b>Unidad de fisioterapia 1</b>	15	6	40
<b>Unidad de fisioterapia 2</b>	19	4	21
<b>Unidad de fisioterapia 3</b>	5	0	0
<b>Unidad de fisioterapia 4</b>	6	1	16.6
<b>Unidad de fisioterapia 5</b>	0	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>77.6</b>

Las características sociodemográficas de la población de estudio se describen en la tabla 31, segmentada por los que responden y los que no. Es importante tener en cuenta la proporción de respuesta alcanzada porque si es relativamente baja no se puede garantizar que los sujetos que responden sean una muestra representativa de la población a la cual se ha distribuido el cuestionario. En este sentido, se ha señalado que sólo las proporciones de respuesta superiores al 85% podrían hacernos obviar el análisis del posible sesgo de no-respuesta, y que, a menos que se sobrepase el 70%, sería conveniente e incluso obligatorio analizar el sesgo de no respuesta para tenerlo en cuenta al interpretar los resultados<sup>2</sup>.

En el pilotaje, la tasa de respuesta ha sido del 80,7%. A pesar de que en nuestro estudio no sería necesario analizar el sesgo de no respuesta lo hemos realizado. Para ello, una vez que ha concluido la fase de recepción de cuestionarios, se ha comprobado si los factores de confusión seleccionados como la edad, el género, el nivel de estudios y la utilización previa de fisioterapia, se distribuyen de forma homogénea entre los que responden al cuestionario y los que no lo hacen, es decir, si hay o no diferencias significativas en relación a estos factores entre los que responden y los que no (Tabla 32).

Tabla 32. Características de la población de estudio y diferencias entre los que responden y los que no responden

Variables	% Responden (n=142)	% No responden (n=34)
<b>Edad</b>		
18-40	24.1	17.6
41-60	50.4	67.6
61-79	25.5	14.7
<b>Género</b>		
Hombre	17.0	14.7
Mujer	83.0	85.3
<b>Nivel de Estudios</b>		
No estudios	15.1	
Estudios primarios	61.1	
Estudios secundarios o universitarios	23.8	
<b>Previo Uso de Fisioterapia</b>		
No uso previo	60.9	
Uso previo	39.1	

Se ha observado que en relación con la edad y el género no se han detectado diferencias significativas entre los que responden y los que no responden. Para el nivel de estudios y la utilización previa de fisioterapia, no se ha podido comprobar si hay diferencias significativas al ser variables que sólo se registraron en el cuestionario y que sin embargo no registró el fisioterapeuta.

#### 4.2.2. ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS RELACIONADOS CON CALIDAD PERCIBIDA

##### **Aceptabilidad**

##### *Análisis de las preguntas en blanco o no válidas*

El porcentaje de respuestas en blanco tuvo un rango de 19.01% a 0.7%, con una media de 8.04%. La tasa de no respuesta y de respuesta no específica o no válida fue mayor de un 15% en 2 ítems del cuestionario relacionados con calidad percibida. Uno de los dos ítems está dentro de la sección del cuestionario "Terapia en el centro": *¿tú fisioterapeuta le ha dicho qué precauciones o cuidados debe tener en cuenta al realizar los ejercicios en casa?* (19%). El otro ítem pertenece a la sección "Valoración global": *¿su fisioterapeuta le ha dado información confusa o contradictoria en relación a la que le han proporcionado otros profesionales?* (18%).

En relación con las respuestas a la pregunta abierta sobre dificultades en la comprensión de alguna pregunta del cuestionario, sólo el 0.7% de los pacientes tuvieron algún problema menor en la comprensión de algunas preguntas.

### **Validez de contenido**

La validez de contenido ha sido facilitada en parte por el método usado en la selección de las preguntas. Sólo dos preguntas han sido propuestas en la pregunta abierta sobre aspectos relevantes no incluidos en el cuestionario, ambas relacionadas con el "trato": *¿la relación entre el fisioterapeuta y el paciente fue amistosa?* y *¿el paciente se sintió capaz de expresar sus preocupaciones?*. Como estas preguntas han sido similares a algunas preguntas del cuestionario inicial, finalmente no han sido incluidas en el cuestionario final.

### **Validez de constructo**

El análisis de la validez de constructo de los ítems se muestra en la tabla 33. Todas las preguntas están asociadas con diferencias en el nivel de satisfacción en el sentido esperado. Estas diferencias son estadísticamente significativas en todas las preguntas excepto en cinco, que son excluidas del cuestionario. Las diferencias en el nivel de satisfacción de los 19 ítems incluidos finalmente nos permiten explorar su contribución relativa a la realización de un juicio global. Las diferencias más altas se corresponden con los atributos relativos a la "competencia profesional": *¿cree que lo que le han hecho en fisioterapia ha sido suficiente?* (2.5) y *¿su fisioterapia le vio las radiografías de cuello el primer día?* (1.8). Los siguientes atributos con diferencias más altas se correspondieron con la dimensión "información": *¿la información que le ha proporcionado el fisioterapeuta ha sido fácil de comprender?* (1.7) y *¿su fisioterapeuta le supervisaba o corregía cómo realizaba los ejercicios?* (1.5), y otros dos atributos de la dimensión "organización": *¿el tratamiento en el centro comenzó a tiempo?* (1.5) y *¿tuvo que ponerse algún apartado por estar muy ocupado el fisioterapeuta?* (1.6). Los dos ítems de la dimensión "tiempo de espera" han mostrado menos diferencias.

Tabla 33. Capacidad de discriminación de los ítems del cuestionario sobre el nivel de satisfacción

Ítems	Nivel de satisfacción*		Diferencia en satisfacción		
	Con problema	Sin problema	Estimación de la diferencia	Intervalo de confianza	
				Superior	Inferior
<b>Tiempo de espera</b>					
1. Pacientes que han pasado más de 15 días desde que entregaron el volante hasta la Primera visita en fisioterapia.	8.3	8.8	0.5	0.05	1.0
2. Pacientes que creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera	8.0	8.8	0.8	0.1	1.4
<b>Organización</b>					
3. Pacientes que tuvieron que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta	6.9	8.5	1.6	0.2	3.1
4. Pacientes que tuvieron alguna mala impresión cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que ellos	7.9	8.6	0.7	0.1	1.4
5. Pacientes que tuvieron que esperar a se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba	8.2	8.9	0.7	0.1	1.3
6. Pacientes que informan que no empezaban su tratamiento a la hora que se le había citado o tenían que esperar para empezar	7.0	8.5	1.5	0.01	3.1
7. Pacientes que creen que por eso pasaban más tiempo del necesario en el centro	7.8	8.6	0.8	0.02	1.6
<b>Competencia profesional</b>					
8. Pacientes que informan que su fisioterapeuta no le vio las radiografías de su cuello	7.0	8.8	1.8	0.8	2.7
9. Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha entregado su informe de alta	7.9	8.7	0.8	0.05	1.4
10. Pacientes que creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido Suficiente	6.8	9.3	2.5	1.5	3.7
11. Pacientes que creen no ha sido suficiente el tiempo estado en fisioterapia	7.7	8.8	1.1	0.2	1.9
<b>Información</b>					
12. Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre el tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento	7.9	8.7	0.8	0.1	1.5
13. Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre las causas Posibles de su dolor	8.0	8.8	0.8	0.1	1.5
14. Pacientes que opinan que la información que les ha dado el fisioterapeuta no les ha sido fácil de entender	7.0	8.7	1.7	0.5	2.9
15. Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les supervisó los ejercicios	7.2	8.7	1.5	0.3	2.6
16. Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha preguntado si han tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa	7.7	9.1	1.4	0.5	2.1
17. Pacientes que no han recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada del cuello y cabeza para realizar actividades (leer, dormir, escribir, planchar...)	7.3	8.6	1.3	0.3	2.3
18. Pacientes que no han recibido ningún consejo sobre qué hacer en su casa si le Empeora su dolor de cuello	8.0	9.2	1.2	0.6	1.8
19. Pacientes que no pudieron comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban	7.9	8.9	1.0	0.4	1.6
20. Pacientes que informan que no le dijeron que trajeran sus radiografías	8.1	8.6	0.5 <sup>NS</sup>	-0.3	1.3
21. Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó acerca de los tratamientos a realizar en el centro	8.2	8.6	0.4 <sup>NS</sup>	-0.3	1.07
22. Pacientes que informan que no le dijeron cuánto tiempo pasarían en lista de espera tras la derivación del médico	8.3	8.6	0.3 <sup>NS</sup>	-0.4	0.97
23. Impresiones sobre las instalaciones del centro	8.3	8.5	0.2 <sup>NS</sup>	-0.6	0.94

\*: Nivel de satisfacción medido de 1 a 10; NS: Preguntas sin capacidad de discriminación estadísticamente significativa sobre el nivel de satisfacción ( $p < 0.05$ )

Al igual que los ítems, todas las dimensiones discriminan el nivel de satisfacción (Tabla 34). El nivel de satisfacción más alto se ha obtenido en el grupo de sujetos que presentan un porcentaje de problemas igual o menor del 20% (de 8.8 a 9.3 en las diferentes dimensiones), significativamente menor cuando la proporción está entre 20.1% y 40% (de 8.3 a 7.9), y es mínima (de 7.7 a 7.4) cuando el porcentaje de problemas es superior al 40%.

Tabla 34. Capacidad de discriminación de las dimensiones sobre el nivel de satisfacción

<b>Dimensiones</b>	<b>Nivel de satisfacción (1-10)</b>
<b>Tiempo de espera</b>	
1: [0%-50%]	8,8 <sup>2</sup>
2: [50,1%-100%]	8,0 <sup>1</sup>
<b>Organización</b>	
1: [0%-20%]	8,8 <sup>2,3</sup>
2: [20,1%-40%]	7,9 <sup>1</sup>
3: [40,1%-100%]	7,7 <sup>1</sup>
<b>Competencia profesional</b>	
1: [0%-20%]	9,0 <sup>3</sup>
2: [20,1%-40%]	8,3
3: [40,1%-100%]	7,7 <sup>1</sup>
<b>Información</b>	
1: [0%-20%]	9,3 <sup>2,3</sup>
2: [20,1%-40%]	8,3 <sup>1,3</sup>
3: [40,1%-100%]	7,4 <sup>1,2</sup>

[%]: Porcentaje de problemas.

Nº (1,2 ó 3): Diferencias significativas con los otros grupos en que se divide el porcentaje de problemas ( $p < 0,05$ ).

### Fiabilidad (consistencia interna)

Los coeficientes del alpha de Cronbach han tenido un rango de 0.5 a 0.8 (Tabla 35). El alpha de Cronbach ha sido bueno<sup>3</sup> para las dimensiones “Tiempo de espera” y “Competencia profesional” y aceptable para la dimensión “Información”. La dimensión “Organización” constituida por aspectos más independientes, ha presentado un alpha de Cronbach bajo.

Tabla 35. Consistencia interna de las dimensiones

	Dimensiones			
	Organización	Información	Competencia profesional	Tiempo de espera
Alpha de Cronbach	0.5	0.6	0.8	0.8

#### 4.2.3. ACEPTABILIDAD, VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS RELACIONADOS CON CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

##### Aceptabilidad

En general, las preguntas del cuestionario relacionadas con la calidad científico-técnica han sido fáciles de entender. La proporción de no respuesta y de respuesta inespecífica o no válida ha sido mayor de un 15% en 2 ítems del cuestionario relacionados con calidad científico-técnica. Estos ítems han sido considerados en el análisis de la validez de criterio. Ambos ítems están dentro de la sección “Instrucciones para la práctica de ejercicios”: *¿su fisioterapeuta le ha proporcionado alguna información sobre el número de repeticiones de los ejercicios?* (18.3%) y *¿su fisioterapeuta le ha dicho posibles reacciones adversas al realizar los ejercicios?* (19%).

En relación con las respuestas a la pregunta abierta sobre dificultades en la comprensión de alguna pregunta del cuestionario, sólo el 0.7% de los pacientes han tenido algún problema menor en la comprensión de algunas preguntas.

##### Validez de criterio

En 20 de los sujetos que contestaron el cuestionario (14%), no ha sido posible encontrar su registro clínico de fisioterapia. Por esta razón, el tamaño de la muestra del análisis comparativo entre la información proporcionado entre el registro clínico de fisioterapia y el cuestionario ha sido de 122 personas.

La información acerca de todos los ítems sobre aplicación de modalidades de agentes físicos, terapia manual, enseñanza de ejercicios, indicación de realizar los ejercicios en casa así como la entrega de una hoja o folleto de instrucciones para llevarlos a cabo, han sido bien comprendidos (ratio de no respuesta y de respuesta no específica <15%) y se han encontrado

en más de un 20% de los registros clínicos de fisioterapia. Solamente algunos ítems que han sido bien comprendidos, no han sido registrados sistemáticamente en los registros clínicos de fisioterapia, por lo que solo para estos tres ítems, no se ha calculado los índices de sensibilidad y especificidad. Estos ítems han sido: *¿su fisioterapeuta le ha dicho que continuara con el programa de ejercicios tras el alta?*, *¿su fisioterapeuta la he preguntado si ha tenido alguna dificultad o problema al realizar los ejercicios en casa?* y *¿su fisioterapeuta le ha supervisado o corregido los ejercicios mientras los realizaba en el centro de salud?*.

Los valores de los indicadores de sensibilidad y especificidad obtenidos con relación a los ítems examinados figuran en la tabla 33. La sensibilidad relacionada con las modalidades evaluadas de fototerapia (infrarrojos), mecanoterapia (tracción) y electroterapia (microondas, TENS, ultrasonidos) tienen una sensibilidad aceptable (>75%), a excepción de la onda corta (70%). La especificidad también se muestra aceptable (>75%) en todas las modalidades, excepto en la microondas (56%) y el infrarrojos (44%).

La sensibilidad y especificidad en las modalidades de terapia manual evaluadas ha sido baja (<75%), excepto para el masaje en el que la sensibilidad ha sido del 100%.

Para los ítems relacionados con la selección de ejercicios e instrucciones para la práctica de ejercicios, la sensibilidad ha sido aceptable (>75%) en todos ellos, excepto para el ítem *enseñanza de ejercicios de fortalecimiento* que fue baja (50%) (Tabla 36). Por el contrario, la especificidad de estos ítems ha sido bastante baja, especialmente en los ítems *¿su fisioterapeuta le indicó que hiciera los ejercicios en casa?* y *¿su fisioterapeuta le enseñó algún tipo de ejercicios?* (4% y 15% respectivamente). Sólo en 2 ítems, *¿su fisioterapeuta le enseñó ejercicios de reeducación oculo-cervicocinética?* y *¿su fisioterapeuta le enseñó ejercicios de fortalecimiento?*, la especificidad ha sido mayor de 72% (Tabla 36).

En general podemos decir que los ítems del cuestionario tienen una sensibilidad aceptable (>75%) y una especificidad baja y en algunos casos incluso bastante baja. De forma generalizada los ítems relacionados con calidad científico-técnica son más sensibles que específicos.

Tabla 36. Niveles de sensibilidad y especificidad de los ítems del informe del paciente

Ítems	Sensibilidad		Especificidad	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
<b>Selección de modalidades de Agentes Físicos</b>				
¿Su fisioterapeuta le puso infrarrojos (lámpara de luz roja)?	37	97 (92.0-102.0)	81	44 (33.2-54.8)
¿Le puso microondas (foco de plástico que se queda cerca de la piel)?	48	87 (77.5-96.5)	69	56 (44.3-67.7)
¿Le puso onda corta (parecido al anterior pero no da calor)?	30	70 (53.6-86.4)	86	84 (76.3-91.7)
¿Le puso tracción (en mandíbula y tira del cuello)?	34	76 (61.7-90.3)	84	83 (75.0-91.0)
¿Le puso ultrasonidos (se pone con gel)?	42	86 (75.5-96.5)	76	75 (65.3-84.7)
¿Utilizó el TENS (es pequeño y funciona con pilas)?	42	86 (75.5-96.5)	76	88 (80.7-95.3)
<b>Selección de modalidades de Terapia Manual</b>				
¿Su fisioterapeuta utilizó sus manos para darle un masaje?	2	100	112	63 (54.1-71.9)
¿Le estiró los músculos del cuello?	17	59 (35.6-82.4)	98	64 (54.5-73.5)
¿Le manipuló el cuello?	22	27 (8.5-45.7)	93	69 (59.6-78.4)
<b>Selección de ejercicios</b>				
¿Le enseñó algún tipo de ejercicios?	91	94 (81.0-97.0)	27	15 (2.0-28.0)
¿Le enseñó ejercicios de estiramiento?	74	92 (88.0-98.0)	29	20 (5.0-35.0)
¿Le enseñó ejercicios de fortalecimiento?	62	50 (37.0-63.0)	41	73 (59.0-87.0)
¿Le enseñó ejercicios de reeducación óculo-cervicocinética?	32	75 (60.0-90.0)	71	86 (78.0-94.0)
<b>Indicaciones para realizar los ejercicios en casa</b>				
¿Le indicó que hiciera los ejercicios también en casa?	89	98 (95.0-100.0)	23	4 (0.0-12.0)
¿Le entregó unas hojas sobre cómo realizar ejercicios en casa?	58	79 (69.0-89.0)	44	33 (20.0-46.0)

De acuerdo con los modelos de regresión logística analizados y en relación con la sensibilidad y especificidad relativos a las modalidades de fototerapia, mecanoterapia, electroterapia y terapia manual, la sensibilidad y especificidad de tres modalidades de electroterapia (microondas, onda corta y TENS) y una modalidad de terapia manual (manipulación) se han asociado con características del paciente. En concreto, respecto al género, las mujeres tienen 10.5 veces más de probabilidad de mostrar verdaderos positivos en el caso del microondas y 4.2 veces más de probabilidad de mostrar verdaderos negativos en manipulación. En cuanto al nivel de estudios, los de mayor nivel de estudios tienen 2.1 veces más de probabilidad de mostrar verdaderos positivos en el caso de la onda corta. Finalmente, respecto a ser utilizador previo de fisioterapia, los que no han utilizado antes fisioterapia decrece su probabilidad de mostrar verdaderos negativos al microondas (OR=0.3; IC95%: 0.09-0.91) y al TENS (OR=0.1; IC95%: 0.02-0.65).

No se ha encontrado asociación de la sensibilidad y especificidad de los ítems relativos a selección de ejercicios e indicaciones al realizar los ejercicios domiciliarios con las características del paciente (edad, género, nivel de estudios, uso previo de fisioterapia).

En la versión final del cuestionario relativo concretamente a variables relacionadas con calidad científico-técnica, hemos excluido dos ítems que no han sido fiables (indicación del número de repeticiones e indicación de precauciones al realizar los ejercicios en casa) y cuatro ítems más (aplicación de onda corta, manipulación cervical, estiramiento pasivo de la musculatura cervical y enseñanza de ejercicios de fortalecimiento) por su baja sensibilidad.

### **Fiabilidad (formas paralelas)**

El índice Kappa ha sido aceptable (>0.4) en sólo algunos ítems, concretamente en los ítems relacionados con la tracción, el ultrasonidos, el TENS y con los ejercicios de reeducación óculo-cervicocinética. Como consecuencia de la inexistencia de índices de kappa buenos en alguno de los ítems, la reproducibilidad o consistencia entre ambas fuentes de datos, el cuestionario y el registro clínico de fisioterapia ha sido en general moderada (61-87%) (Tabla 37), excepto para dos ítems, selección de ejercicios de fortalecimiento (59%) e indicación de instrucciones escritas para la realización de ejercicios domiciliarios (57%), que ha sido baja. En todos los ítems, la falta de una elevada consistencia (>90%) es resultado de una baja especificidad presente en la mayoría de los ítems, que puede ser debida a un infraregistro del profesional pero también a la falta de comunicación entre el profesional y el paciente<sup>4,5</sup>.

Tabla 37. Índices de Kappa y de concordancia general para preguntas de calidad científico-técnica del cuestionario

Ítems	N	Kappa ( $\pm$ IC95)	Concordancia
<b>APLICACIÓN DE MODALIDADES DE AGENTES FÍSICOS</b>			
Utilización infrarrojos	118	0.316 (0.20-0.43)	61
Utilización microondas	117	0.409 (0.26-0.56)	70
Utilización onda corta	116	0.510 (0.34-0.68)	80
Utilización Tracción	118	0.568 (0.41-0.73)	81
Utilización ultrasonidos	118	0.568 (0.42-0.71)	79
Utilización TENS	118	0.727 (0.60-0.86)	87
<b>APLICACIÓN DE MODALIDADES DE TERAPIA MANUAL</b>			
Aplicación de masaje	114	0.057 (0.03-0.13)	64
Estirar músculos cervicales	115	0.138 (0.02-0.30)	63
Manipular el cuello	115	0.032 (0.0-0.14)	61
<b>SELECCIÓN DE EJERCICIOS</b>			
Selección de algún tipo de ejercicio	118	0.122 (0.06-0.30)	76
Selección de ejercicios de estiramiento	103	0.153 (0.0-0.34)	72
Selección de ejercicios de fortalecimiento	103	0.214 (0.04-0.39)	59
Selección de ejercicios de reeducación óculo-cervicocinética	103	0.599 (0.43-0.76)	82
<b>INDICACIONES PARA REALIZAR EJERCICIOS DOMICILIARIOS</b>			
Indicación de realizar ejercicios en casa	112	0.049 (0.0-0.18)	79
Entrega de hojas para la realizar los ejercicios	102	0.128 (0.0-0.30)	57

Ante una ausencia de reproducibilidad elevada, se puede afirmar que las medidas obtenidas con ambas fuentes no son comparables a efectos de evaluar cambios o evoluciones en la calidad científico-técnica y en las modalidades terapéuticas más habituales que se prestan al usuario con cervicalgia.

### 4.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN FISIOTERAPIA MEDIANTE EL INFORME DEL USUARIO

#### 4.3.1. ACEPTABILIDAD DEL CUESTIONARIO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Durante el período de estudio hemos identificado a 190 pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica, de los cuales hemos excluido a 28 pacientes. Las causas de su exclusión han sido: 22 pacientes (11.6%) han dejado de asistir al centro y 6 pacientes (3.2%) han recibido la anulación de indicación de ejercicios por reacciones adversas. Por lo tanto, en el estudio ha participado 162 pacientes.

Hemos entregado un total de 162 cuestionarios y el número total de los participantes que han respondido al cuestionario ha sido 111 (68.5% tasa de respuesta). De todos los pacientes que han respondido, no ha sido necesario realizar el recordatorio telefónico en el 46.5%. La tabla 38 resume los cuestionarios entregados a los pacientes, los cuestionarios contestados, tanto sin recordatorio como con recordatorio telefónico.

Tabla 38. Proporción de respuesta al cuestionario

<b>Cuestionarios</b>	<b>N</b>	<b>% respuesta</b>
Cuestionarios entregados	162	-----
Cuestionarios recibidos		
Sin recordatorio	75	46.3
Con recordatorio	36	22.2
Total	111	68.5

Con relación a la presencia de un sesgo de no respuesta no hemos detectado diferencias significativas entre los que han respondido y los que no han respondido al cuestionario, en relación con el género y el nivel de estudios (Tabla 39). Sin embargo, sí hemos encontrado diferencias significativas para la edad y el previo uso de fisioterapia. Respecto a la edad, entre los que han respondido el cuestionario hay un 23.6% más de pacientes de mayor edad, entre 60 y 78 años. Por el contrario, hay un 24.1% menos de jóvenes entre 18 y 39 años que han respondido el cuestionario. Respecto a ser utilizador previo de fisioterapia, entre los que no han respondido hay un 23% más de pacientes que no han recibido tratamiento fisioterápico previo.

Tabla 39. Características y diferencias entre los sujetos de estudio que responden y los que no responden

	Responden		No responden		Significación estadística de la diferencia
	n <sub>r</sub>	%	n <sub>nr</sub>	%	
<b>Edad</b>					
18-39	36	32.4	26	56.5	S
40-59	44	39.6	18	39.1	
60-78	31	27.9	2	4.3	
<b>Género</b>					
Hombre	25	22.5	5	9.8	NS
Mujer	86	77.5	46	90.2	
<b>Nivel de Estudios</b>					
No estudios	18	17.0	4	8.7	NS
Estudios primarios	56	52.8	33	71.7	
Estudios secundarios o universitarios	32	30.2	9	19.6	
<b>Previo Uso de Fisioterapia</b>					
No uso previo	38	35.5	27	58.7	S
Uso previo	27	64.5	19	41.3	

n<sub>r</sub>: Número de sujetos que responden.

n<sub>nr</sub>: Número de sujetos que no responden.

Con respecto a la influencia de estos dos aspectos (edad y previo uso de fisioterapia) sobre los indicadores de calidad percibida, hemos encontrado que la edad ha influido significativamente en dos indicadores: *si el fisioterapeuta le ha informado al paciente sobre las causas posibles de su dolor* y *si el fisioterapeuta le ha preguntado al paciente si ha tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa*, en el sentido que entre los que no han recibido información sobre las posibles causas de su dolor hay un 30% más de pacientes más jóvenes que pacientes mayores y entre los que el fisioterapeuta no le ha preguntado si han tenido alguna dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios hay un 32.3% más de pacientes más jóvenes que mayores.

El uso previo de fisioterapia también ha influido significativamente en otros dos indicadores de calidad percibida: *usted cree que estuvo que esperar demasiado tiempo en lista de espera* (tiempo de espera desde que ha entregado el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le ha visto por primera vez) y *su fisioterapeuta le ha supervisado o corregido cómo realizaba los ejercicios*. Concretamente, entre los pacientes que han estado en tratamiento fisioterápico previo, hay un 23.7% más pacientes que han percibido que han estado demasiado tiempo en lista de espera desde la derivación del médico y un 20.1% más de pacientes que han

informado que el fisioterapeuta les ha supervisado o corregido cómo realizaban los ejercicios en el centro.

Como estos indicadores de calidad percibida previos están significativamente influidos por el sesgo de no respuesta, concretamente por la edad y el uso previo de fisioterapia, hemos realizado su ajuste para evitar un sesgo de no respuesta (Tabla 40).

#### 4.3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CALIDAD PERCIBIDA

##### 4.3.2.1. Indicadores Simples

A continuación se presentan los indicadores de calidad percibida, sin agruparlos en dimensiones, permitiéndonos observar cuáles son los problemas específicos de calidad percibida que más frecuentemente informan los pacientes (Tabla 40).

Los que presentan mayor porcentaje de problemas son los indicadores relacionados con *la no entrega del informe de alta (ítem 9) y el tiempo en lista de espera superior a 15 días desde la derivación médica (ítem 1)*, con 74.5% y 67.6% respectivamente. Le siguen los indicadores relativos a que los *pacientes creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido suficiente (ítem 12) y creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera (ítem 2)*, con 57.1% y 55.0% respectivamente. Los indicadores 11 y 5 con un 49.5% de problemas cada uno de ellos, se refieren a que los *pacientes creen que el tiempo que han estado en fisioterapia no ha sido suficiente y que tuvieron que esperar demasiado tiempo a que se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba*.

Los que presentan menor porcentaje de problemas son los indicadores relacionados con *la difícil comprensión de la información que le ha proporcionado el fisioterapeuta (ítem 14) y con tener que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta (ítem 3)*, con 9.2% y 3.6% respectivamente.

Tabla 40. Frecuencia de problemas de indicadores simples del informe del usuario

Indicadores específicos de calidad percibida	N*	Frecuencia	
		Absoluta	% (IC95%)
<b>Tiempo de espera</b>			
1. % Pacientes que han pasado más de 15 días desde que entregaron el volante hasta la primera visita en fisioterapia	111	75	67.6 (58.9-76.3)
2. % Pacientes que creen que estuvieron demasiado tiempo en lista de espera	109	60	55.0 (45.7-64.3) <sup>a</sup>
<b>Organización</b>			
3. % Pacientes que tuvieron que ponerse algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta	111	4	3.6 (0.1-7.1)
4. % Pacientes que tuvieron alguna mala impresión cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que ellos	111	44	39.6 (30.5-48.7)
5. % Pacientes que tuvieron que esperar a se desocupara su fisioterapeuta o estuviera libre algún aparato para que le hicieran lo que le tocaba	111	55	49.5 (40.2-58.8)
6. % Pacientes que informan que no empezaban su tratamiento a la hora que se le había citado o tenían que esperar para empezar	102	0	0
7. % Pacientes que creen que por eso pasaban más tiempo del necesario en el centro	93	26	28.0 (18.9-37.1)
<b>Competencia profesional</b>			
8. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no le vio las radiografías de su cuello	88	16	18.2 (10.1-26.3)
9. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha entregado su fisioterapeuta un informe de alta	106	79	74.5 (66.2-82.8)
10. % Pacientes que creen que todo lo que le han hecho en fisioterapia no ha sido suficiente	49	28	57.1 (43.3-70.9)
11. % Pacientes que creen que el tiempo que han estado en fisioterapia no ha sido suficiente	105	52	49.5 (39.9-59.1)
<b>Información</b>			
12. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre el tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento	110	62	56.4 (47.1-65.7)
13. % Pacientes que informan que su fisioterapeuta no les informó sobre las causas posibles de su dolor	110	39	35.5 (26.6-44.4) <sup>b</sup>
14. % Pacientes que opinan que la información que les ha dado el fisioterapeuta no les ha sido fácil de entender	109	10	9.2 (3.8-14.6)
15. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les supervisó cómo realizaban los ejercicios	106	36	34.0 (25.0-43.0)
16. % Pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha preguntado si han tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa	110	45	40.9 (31.7-50.1) <sup>c</sup>
17. % Pacientes que no han recibido consejos sobre cuál es la posición más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, ...)	111	5	4.5 (0.7-8.3)
18. % Pacientes que no han recibido ningún consejo sobre qué hacer en su casa si le empeora su dolor de cuello	109	4	3.7 (0.2-7.2)
19. % Pacientes que no pudieron comentar con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban	111	37	33.3 (24.5-42.1)

\*: Número total de respuestas específicas de cada indicador de los 142 pacientes que respondieron.

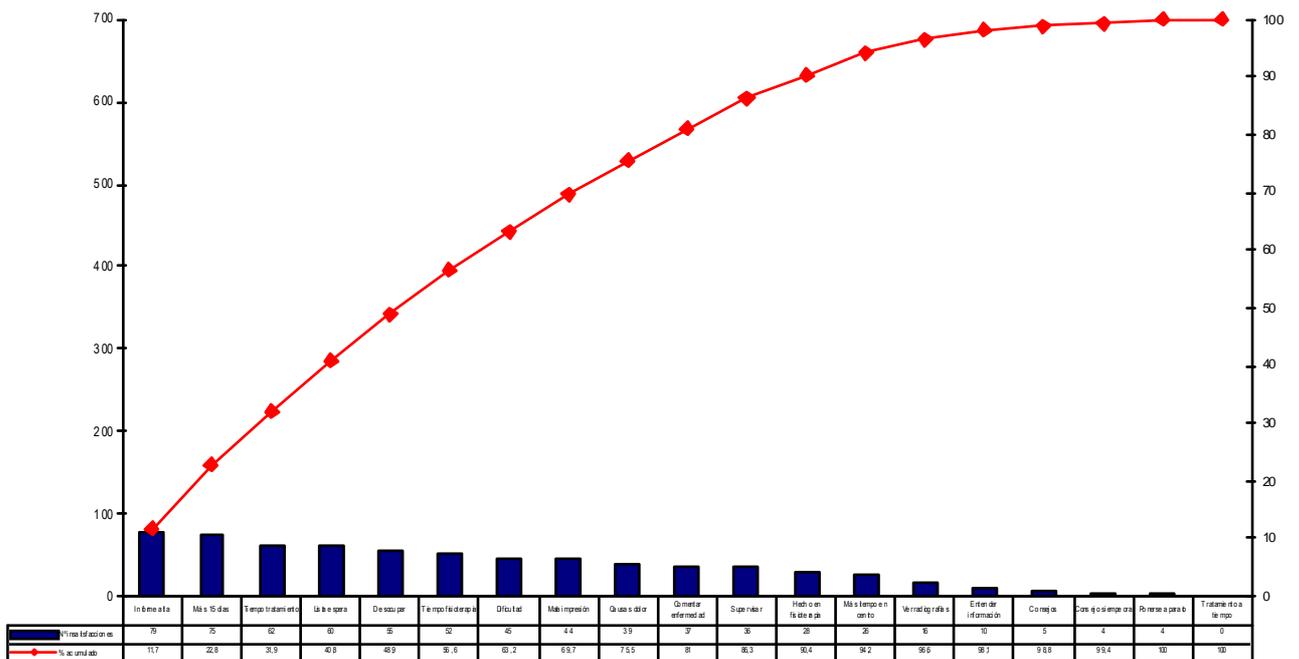
a: Estimación del indicador ajustado es de 53.0% (factor de confusión: uso previo de fisioterapia).

b: Estimación del indicador ajustado es de 33.6% (factor de confusión: edad).

c: Estimación del indicador ajustado es de 38.5% (factor de confusión: edad).

Su representación gráfica mediante el gráfico de Pareto, la opción de análisis que hemos elegido, permite visualizar los resultados de una forma rápida y eficiente. En este gráfico (Figura 7) se representa el porcentaje relativo de problemas de cada uno de los indicadores respecto al total de problemas de todos los indicadores. Como se puede observar, seis indicadores representan el 60% del total de problemas.

Figura 8. Frecuencia de problemas de calidad de los indicadores de todas las dimensiones



#### 4.3.2.2. Indicadores Compuestos

En la siguiente tabla (Tabla 41) se presenta la tasa de problemas de los indicadores compuestos, es decir, el porcentaje relativo de problemas de cada una de las dimensiones respecto al total de respuestas en cada una de las dimensiones de calidad percibida.

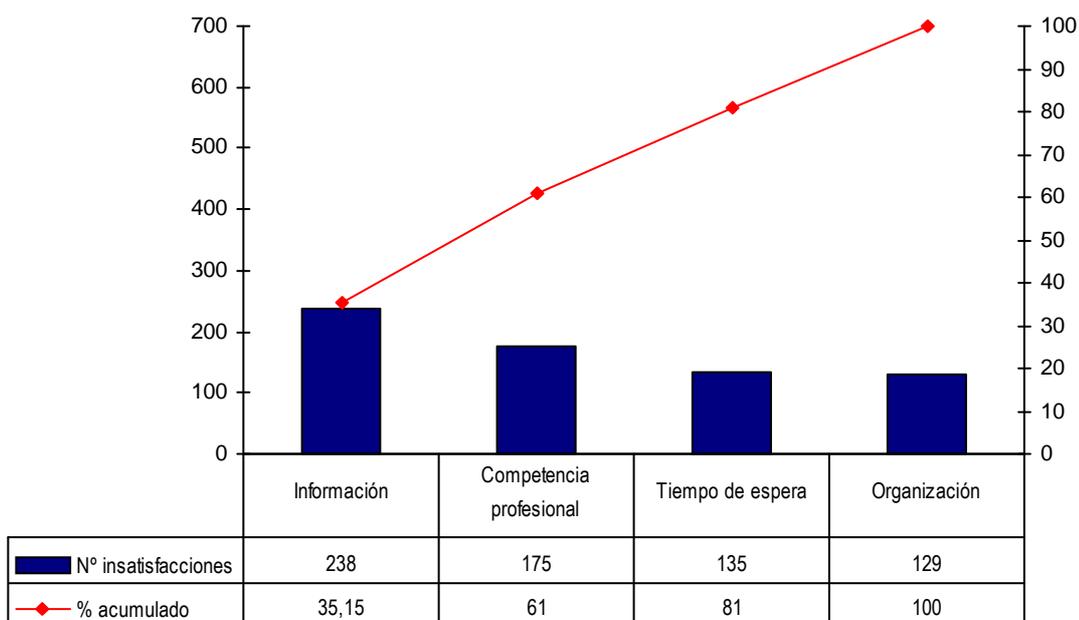
Tabla 41. Tasa de problemas de indicadores compuestos

Indicadores compuestos de calidad percibida	Frecuencia	
	Absoluta	% (IC95%)
1. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Información	238	27.2 (18.9-35.5)
2. % Pacientes que han percibido problemas relativos a la dimensión Competencia Profesional	175	51.7 (42.4-61.0)
3. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Tiempo de Espera	135	61.4 (52.4-70.4)
4. % Pacientes que han percibido problemas relacionados con la dimensión Organización	129	24.4 (16.4-32.4)

Como se puede observar, las dimensiones Tiempo de espera y Competencia Profesional son las dimensiones que presentan mayor porcentaje de problemas de calidad percibida, concretamente un 61.4% y un 51.7% de problemas respectivamente. La dimensión con menor porcentaje de problemas es la dimensión Organización (24.4%).

Su representación gráfica mediante el gráfico de Pareto (Figura 8), nos permite visualizar qué dimensión o dimensiones son las principales causantes de problemas de calidad percibida por el usuario. En este gráfico se representa el porcentaje relativo de problemas de cada uno de las dimensiones respecto al total de problemas de todas las dimensiones. Como se puede observar, dos dimensiones, Información y Competencia Profesional, representan el 60% de los problemas.

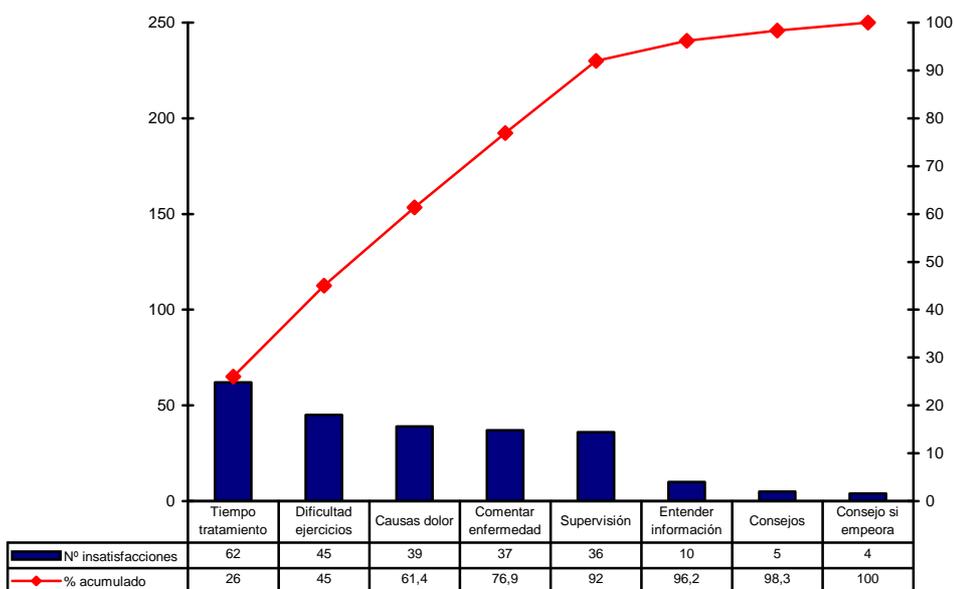
Figura 9. Frecuencia de problemas de calidad percibida de cada una de las dimensiones



Respecto a la dimensión información, la que representa el mayor porcentaje de problemas respecto al total de problemas de las demás dimensiones, es interesante destacar cuáles son los indicadores con mayor porcentaje de problemas que representan a esta dimensión. En el siguiente gráfico (Figura 9) puede verse que respecto a los indicadores de calidad percibida relacionados con la dimensión información, los dos primeros *pacientes que informan que el fisioterapeuta no les informó sobre el tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento* y *pacientes que informan que el fisioterapeuta no les ha preguntado si han tenido*

alguna dificultad en la realización de los ejercicios en casa, que suponen cerca de un 45% de los problemas percibidos por los pacientes en esta dimensión, lo que resulta prioritario actuar sobre estos dos para mejorarlos.

Figura 10. Frecuencia de problemas de calidad de los indicadores de la dimensión Información



#### 4.3.3. COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PROBLEMAS ENTRE CENTROS DE SALUD

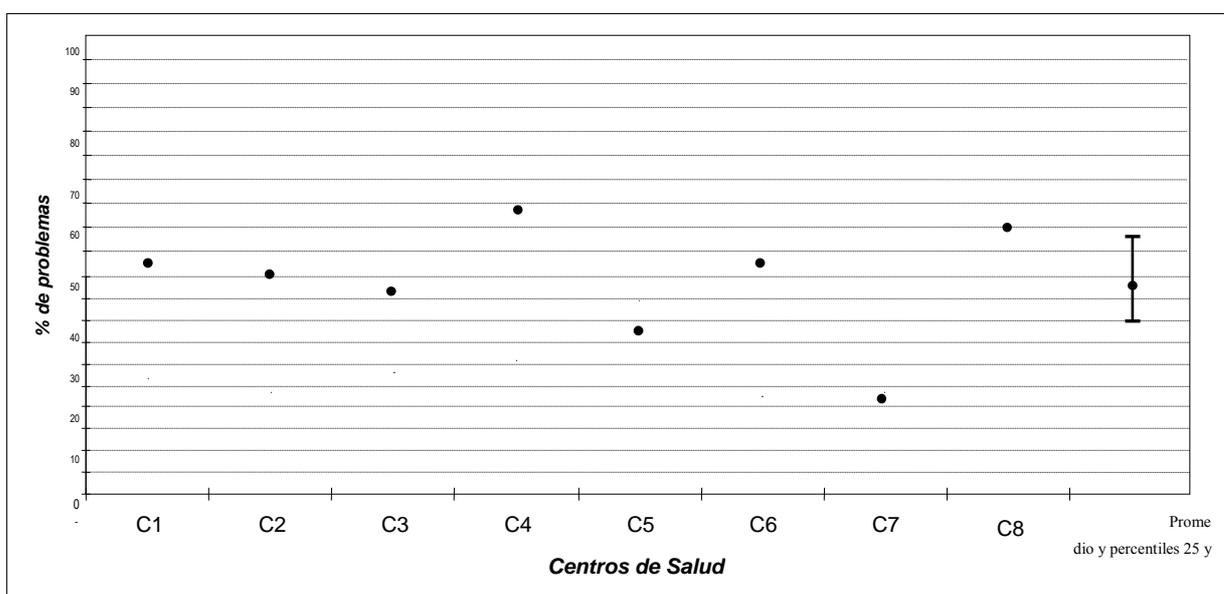
A continuación se presenta la proporción de problemas por centro de salud y sobre cada uno de los cuatro indicadores compuestos. Adicionalmente, se presenta para cada dimensión el valor promedio y percentiles. En el siguiente gráfico (Figura 11) puede observarse que el promedio de problemas de todos los centros en la dimensión Información se sitúa en un 27.3%, siendo los percentiles 25 y 75 entre un 24.6% y un 28.8% respectivamente. Los centros de salud C4 y C7, con una tasa de problemas del 34.4% y del 22.2% respectivamente, destacan significativamente de todos los demás y con respecto al promedio, situándose por encima del percentil 75 (para C4) y por debajo del percentil 25 (para C7) de la muestra global (todos los centros) de pacientes encuestados.

Figura 11. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Información



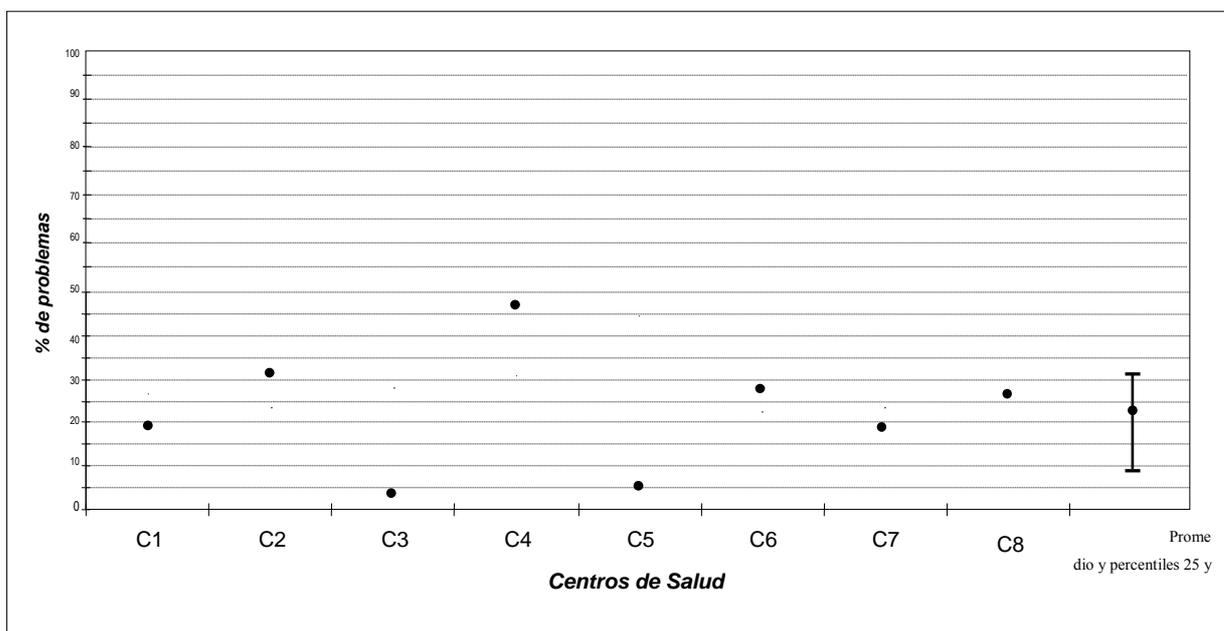
De forma similar a la dimensión Información, puede verse que el promedio de los centros de salud C4 y C7, con una tasa de problemas del 64.1% y del 22.2% respectivamente, destacan significativamente de todos los demás y del promedio situado en 48.5% en la dimensión Competencia profesional (Figura 12). El centro C4 se sitúa por encima del percentil 75 y el centro C7 por debajo del percentil 25, situándose los percentiles 75 y 25 entre un 58.4% y un 40.0% respectivamente. Otros dos centros de salud se sitúan ligeramente fuera de los percentiles 75 y 25, concretamente el centro C8 con una tasa de problemas del 60% (superior al percentil 75) y el centro C5, con una tasa de problemas del 37.8% (inferior al percentil 25).

Figura 12. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Competencia profesional



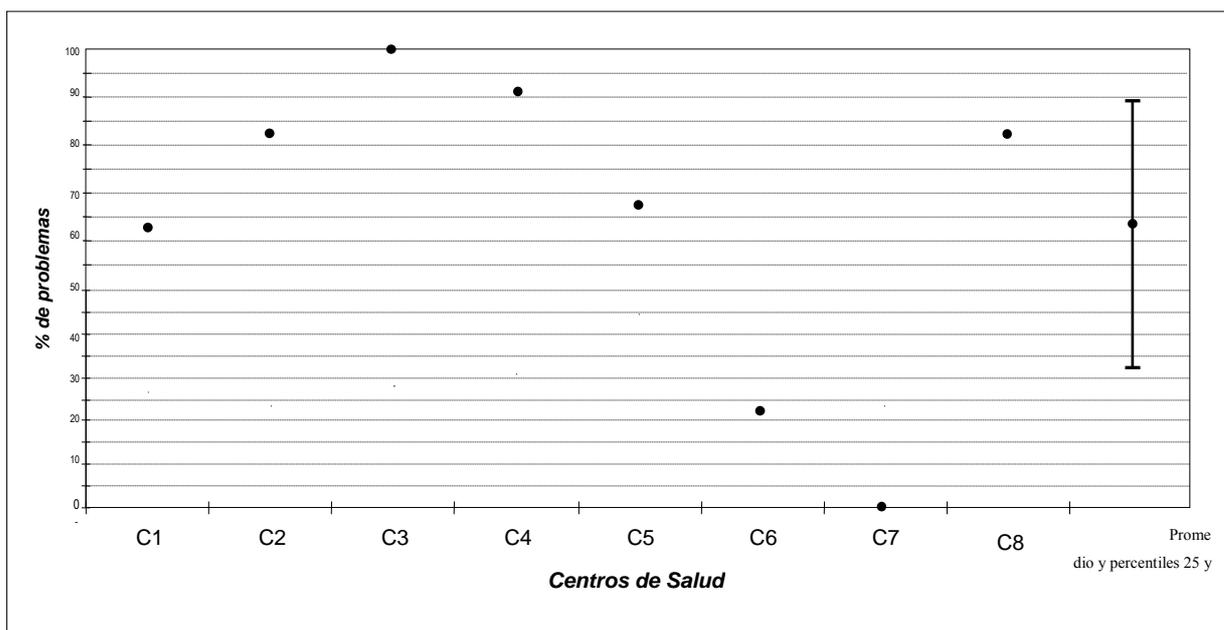
En el siguiente gráfico (Figura 13) puede observarse que el promedio de problemas de todos los centros en la dimensión Organización se sitúa en un 22.9%, siendo los percentiles 25 y 75 entre un 9.0% y un 31.2% respectivamente. El centro de salud C4, con una tasa de problemas del 47.3%, destaca muy significativamente de todos los demás y con respecto al promedio, situándose por encima del percentil 75 de la muestra global (todos los centros). El centro C3, con una tasa de problemas del 4.16% destaca significativamente de todos los demás centros de salud y también con respecto al promedio, situándose por debajo del percentil 25.

Figura 13. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Organización



Finalmente, en la dimensión Tiempo de espera (Figura 14), el promedio de problemas de todos los centros se sitúa en un 63.8%, siendo los percentiles 25 y 75 entre un 32.6% y un 89.5% respectivamente. En esta ocasión el centro C7 destaca nuevamente, pero en este caso por no presentar problemas, es decir presenta una tasa de problemas del 0%. En sentido contrario, destacan los centros C3 y C4 por presentar una tasas de problemas muy elevada, del 100% y del 91.7% respectivamente.

Figura 14. Comparación de la tasa de problemas entre centros de salud para la dimensión Tiempo de espera



## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ*. 1996; 313:1291-1296.
- <sup>2</sup>Saturno PJ. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control de sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 37. Universidad de Murcia. 2001d.
- <sup>3</sup>Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Criteria for scale selection and evaluation. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS (eds). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, Calif: Academia Press. 1991.
- <sup>4</sup>Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Atención Primaria*. 2001; 27 (6): 395-402.
- <sup>5</sup>Yasin S. Detecting and improving compliance. Is concordance the solution?. *Aust Fam Physician*. 1998; 27: 255-260.



## **DISCUSIÓN**





## 5. DISCUSIÓN

Son muchas las aplicaciones de los grupos focales, que nos acercan al entendimiento de la realidad desde una perspectiva general. La utilidad de ellos dentro del campo de la salud, radica en su importancia para evaluar, por ejemplo, mensajes en educación sanitaria, examinando lo que la gente entiende por enfermedad, así como la experiencia que se tiene con las enfermedades, la utilización de los servicios sanitarios, las actitudes del personal de salud y, en la comprensión de los motivos de satisfacción con la atención asistencial<sup>1-9</sup>.

Existe la limitación de la investigación cualitativa, de que los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a la población general, pero pueden ser útiles al permitir la comparación con otras investigaciones cualitativas<sup>7,8</sup> o al permitir su combinación con investigaciones con perspectiva cuantitativa, tal y como se viene argumentando en la última década<sup>10</sup>. En nuestro estudio se constata la utilidad del uso combinado de la investigación cualitativa y cuantitativa, que ha servido de base para el diseño de un cuestionario de calidad percibida tipo informe del usuario, que permitiera evaluar atributos relacionados con la calidad percibida, en unidades de fisioterapia de la Región de Murcia.

### **Perspectivas de los pacientes entorno a la calidad percibida**

En este estudio observamos que las dimensiones de mayor interés para los pacientes, son similares a las que se han identificado en otros trabajos. La organización, la información, los tiempos de espera y, la calidad científico técnica de los profesionales de la salud, siguen siendo al igual que en otras publicaciones, los aspectos de mayor importancia para los usuarios<sup>11-15</sup>.

La calidad científico técnica es percibida generalmente de forma positiva, sobre todo asociada con la realización de maniobras de exploración y tratamientos. La información facilitada sobre el problema de salud es bien valorada, aunque en algunas ocasiones se señala que resulta tan vaga como la proporcionada previamente por otros profesionales. Otro aspecto criticado respecto a la dimensión “información”, es la inconsistencia con la que los fisioterapeutas la distribuyen, entre los pacientes, especialmente la información relativa al tratamiento. La identificación de percepciones positivas o satisfacción del paciente con la calidad científico-técnica que hemos obtenido en esta investigación cualitativa, también han sido previamente identificadas

en otros estudios en los que los pacientes estaban más satisfechos cuando sus médicos eran más competentes técnicamente y cuando realizaban diagnósticos amplios, como radiografías<sup>16,17</sup>.

Respecto a la dimensión información, cuando es facilitada por el fisioterapeuta sobre el problema de salud es bien valorada, aunque en algunas ocasiones<sup>15</sup> los pacientes señalan que resulta tan vaga como la proporcionada previamente por otros profesionales. Otro aspecto respecto a esta dimensión, pero que en este caso ha sido criticado, es la inconsistencia con la que los fisioterapeutas distribuyen la información entre los pacientes, especialmente la información relativa al tratamiento. La importancia de la información, como una de las dimensiones más valoradas por los pacientes, ha sido evidenciada en otros estudios. Se observó que los pacientes con lumbalgia que fueron tratados por quiroprácticos tuvieron más percepciones positivas y estuvieron más satisfechos que los pacientes tratados por médicos generalistas, médicos especialistas o por osteópatas. La atención proporcionada por los quiroprácticos difería de las demás no por el proveedor sanitario en sí mismo, sino por un mejor manejo de las expectativas de información, además del diagnóstico y habilidades clínicas<sup>18,19</sup>. Los pacientes desean que se les informe porque quieren conocer la causa de su problema de salud e incluso los tratamientos que se le van a realizar. Los profesionales de la atención sanitaria, y en este caso concreto, los fisioterapeutas, deberían prestar más atención al paciente, comentándole sobre todo su plan de tratamiento a seguir en la unidad de fisioterapia, aspecto que sería interesante incluir en los protocolos o guías de práctica clínica de fisioterapia para la atención de pacientes con cervicalgia mecánica.

La organización es la dimensión más referida. La atención simultánea a varios pacientes es un aspecto relevante. Este aspecto se asocia a una serie de situaciones consideradas problemáticas como saturación de la consulta, tiempos de espera prolongados, visitas de larga duración, inconsistencia en la información sobre el tratamiento y su seguimiento. Otro aspecto relacionado con la organización como es la accesibilidad también supone un elevado número de referencias negativas y casi todas las referencias se vinculan a la accesibilidad organizativa, en el sentido de conseguir la derivación del médico al fisioterapeuta.

Desde el punto de vista metodológico se puede decir que la descripción minuciosa de la metodología utilizada, la transcripción de todas las discusiones, la saturación de la información alcanzada con los grupos realizados y, la triangulación de la información entre los investigadores, contribuyeron al aseguramiento de la fiabilidad, validez y replicabilidad del estudio<sup>7</sup>.

Adicionalmente, el estudio cualitativo para la validación del cuestionario de calidad percibida construido ha permitido corroborar la validez de muchos atributos identificados en la fase cualitativa, reforzando así la validez del estudio cualitativo.

### **Aceptabilidad del cuestionario tipo informe del usuario y de sus ítems**

La tasa de respuesta del informe del usuario ha sido más alta que la de otros estudios, que han usado el correo postal como método de distribución del cuestionario<sup>20</sup>. Consideramos que una encuesta por correo postal o por teléfono puede ser un procedimiento más realista cuando queremos implementar la encuesta sobre una base regular. Sin embargo, una encuesta telefónica es más costosa, y una encuesta por correo postal puede tener una tasa de respuesta bajo. Si el personal del centro de salud se compromete con la calidad, como el personal que participó voluntariamente en nuestro estudio, el método que hemos usado para distribuir las encuestas puede ser factible y aconsejable.

Hemos medido la aceptabilidad de los ítems mediante la proporción de respuestas en blanco e inespecíficas y la respuesta a una pregunta abierta, porque son indicadores que también proporcionan una aproximación al grado de confusión de las preguntas. Este grado es relevante porque cuando las preguntas son confusas pueden afectar a su fiabilidad<sup>21</sup>.

Respecto a los ítems relacionados con calidad percibida, éstos han sido bien comprendidos, con la excepción de dos ítems, uno de ellos incluye opciones de respuesta múltiple y el otro ítem puede conducir a una interpretación inadecuada. Los ítems del cuestionario relacionados con aspectos técnicos también han sido bien comprendidos, con la excepción de dos ítems. Estos dos ítems pueden ser afectados porque son preguntas abiertas e incluyen opciones de respuesta múltiple. Estudios previos sobre cuestionarios auto-administrados han informado que la probabilidad de no-respuesta en preguntas abiertas es dos a tres veces mayor que en preguntas cerradas<sup>22</sup>. Por otro lado, la facilidad relativa para comprender el cuestionario puede ser debida al hecho que una proporción significativa de individuos que respondieron tenían un nivel educativo alto en comparación con los que no respondieron. Este posible hallazgo se ha observado como un hecho común en encuestas por correo<sup>23</sup>, pero no ha podido ser valorado en nuestro estudio, debido a que un alto ratio de respuesta dejó solo unos pocos casos que no respondieron y su relativo infraregistro del nivel educativo en el registro clínico de fisioterapia.

## **Validez y fiabilidad del informe sobre aspectos relacionados con la calidad percibida**

El informe del usuario como método para evaluar la calidad percibida puede ser usado para proporcionar al fisioterapeuta en atención primaria una herramienta concisa, fiable y válida para evaluar los atributos relacionados con la calidad percibida. Lo que distingue a este cuestionario es que focaliza sobre percepciones y desconfirmaciones de los pacientes acerca de la calidad en vez de su satisfacción. En segundo lugar, este cuestionario se caracteriza por la inclusión de ítems y dimensiones que los pacientes usan para juzgar la calidad de la atención sanitaria y expresar su satisfacción global.

La mayoría del contenido de nuestro cuestionario es consistente con varios estudios de Europa y de América del Norte que han identificado atributos que los pacientes con problemas similares usan para juzgar la calidad<sup>24-27</sup>. Aunque la competencia técnica se ha visto que constituye un atributo central cuando los pacientes juzgan la calidad de la atención sanitaria en nuestro estudio y en el ámbito médico<sup>15</sup>, la percepción del paciente sobre estos aspectos ha sido muy poco evaluada en cuestionarios de fisioterapia<sup>28-30</sup>. Esto podría ser porque durante mucho tiempo se ha sido consciente de la débil relación entre la competencia técnica profesional y la satisfacción del paciente, debido a las dificultades del paciente para poder hacer sus juicios<sup>31</sup>. Sin embargo, Rees-Lewis señaló que no hay necesariamente un consenso que considere su inclusión<sup>32</sup>. Por tanto, nuestro cuestionario se caracteriza en tercer lugar por la inclusión de cuatro ítems relacionados con la competencia profesional y asociados fuertemente a la satisfacción. Sin embargo, la medida de estos ítems es informativa en cualquier caso, sin tener en cuenta si esta percepción se ajusta a las normas profesionales de calidad.

La elaboración del diseño y el análisis de las propiedades psicométricas de los ítems y de las dimensiones proporcionan evidencia favorable respecto a su validez y fiabilidad. La validez de contenido del cuestionario final ha sido facilitada por la investigación cualitativa usada para su elaboración inicial y la pregunta abierta sobre aspectos que fueron incluidos inicialmente en el estudio piloto. Además, sólo pocas preguntas fueron finalmente eliminadas y no se añadieron nuevas preguntas después del estudio piloto, lo que muestra la utilidad de la investigación cualitativa en el diseño de cuestionarios sobre atributos relacionados con la calidad percibida.

La validez de constructo ha sido confirmada porque todas las preguntas y dimensiones están asociadas con un nivel global de satisfacción en el sentido esperado, es decir, los sujetos que informaron de la existencia de alguna situación problemática en el cuestionario también han tenido un bajo nivel global de satisfacción. Los ítems fueron agrupados en dimensiones, de acuerdo a componentes teóricos propuestos por Donabedian<sup>33</sup>: procesos técnicos, procesos Interpersonales y comodidades de la atención sanitaria. Aunque las dimensiones no son constructos teóricos homogéneos, los coeficientes del alpha de Cronbach confirman el criterio usado para agrupar las dimensiones porque los coeficientes son altos para las dimensiones Calidad Técnica y Tiempo de Espera, y aceptable para estudios exploratorios como el nuestro<sup>34</sup> para la dimensión Información. La consistencia interna es ligeramente baja para la dimensión Organización por tener ítems con información más variada e independiente (el ruido, la privacidad, los retrasos, el etc).

#### **Validez y fiabilidad del informe sobre aspectos relacionados con la calidad científico-técnica**

El informe del usuario como método para evaluar la calidad científico-técnica puede ser un sustituto útil del registro clínico de fisioterapia para evaluar el uso de aspectos técnicos, tanto los que ya están sustentados por la evidencia científica<sup>35-40</sup>, como aquellos que aún existe insuficiente evidencia pero que se utilizan en las clínicas de fisioterapia<sup>35,41-44</sup>. Por otra parte, este estudio ha evidenciado que los informes de los pacientes pueden proporcionar información adicional acerca de ítems que no son usualmente registrados en el registro clínico de fisioterapia, concretamente ítems relacionados con aspectos interpersonales de la atención sanitaria entre el fisioterapeuta y el paciente: “duración del programa de ejercicio después del alta”, “dificultades o problemas al realizar los ejercicios en casa” y “supervisión al realizar los ejercicios”.

Con respecto a los aspectos técnicos, el registro clínico de fisioterapia o el informe médico son la fuente más usada para evaluar la calidad de la atención sanitaria. Como uno de nuestros objetivos fue determinar la validez del cuestionario como sustituto de los datos registrados para evaluar la calidad en el centro de salud, los datos del registro clínico de fisioterapia fueron usados como “gold standard”. Usando los datos del registro clínico de fisioterapia como el gold standard, encontramos que la información proporcionada por pacientes en 11 de los ítems analizados puede ser un sustituto útil al registro clínico de fisioterapia para

evaluar la calidad del servicio en el centro de salud, como para realizar estudios sobre variabilidad de la práctica clínica e investigación de resultados.

En los ítems relacionados con aspectos interpersonales, la validez de criterio no puede ser analizada. Para este tipo de datos, el paciente en vez del registro puede ser considerado el “gold-standard”. Los registros raramente contienen información acerca de aspectos interpersonales de la atención<sup>45</sup> y una fuente alternativa de datos es necesaria. Consideramos que el paciente es el mejor cualificado para informar acerca de aspectos interpersonales de la atención, siendo muy difícil cuestionar la validez de la perspectiva de los pacientes en los rasgos interpersonales<sup>45</sup>.

La validez de contenido fue asegurada mediante el proceso de desarrollo del cuestionario. La revisión de la literatura y un estudio previo fueron útiles para asegurar que algunos ítems del cuestionario reflejan la calidad científico-técnica en el abordaje terapéutico de pacientes con cervicalgia mecánica subaguda o crónica. También incluimos otros ítems que reflejan lo que se suele hacer en la práctica diaria para el tratamiento de la cervicalgia mecánica.

Con respecto a la validez de criterio, la elevada sensibilidad observada en la mayoría de los ítems analizados indica, que si los datos son registrados en el registro clínico de fisioterapia el paciente probablemente los señalará en su cuestionario. En algunas modalidades de agentes físicos, tales como los infrarrojos, la microondas y la onda corta, y de terapia manual son bajos los niveles de sensibilidad y especificidad. En contraste, otras modalidades terapéuticas como la tracción cervical, los ultrasonidos y el TENS, han tenido elevados niveles de sensibilidad y especificidad. Quizá esta mayor sensibilidad y especificidad ha sido porque los pacientes han tenido percepciones inesperadas, novedosas, más fuertes o impactantes ante la aplicación de estas modalidades de mecanoterapia y electroterapia, permitiendo al paciente poder diferenciarlas claramente de las demás.

Los bajos niveles de sensibilidad y/o especificidad en algunas modalidades de agentes físicos y de terapia manual pueden estar asociados a factores del paciente (confusión de términos por parte del paciente con respecto a las modalidades terapéuticas o no diferenciar claramente una modalidad de otra) o bien del terapeuta (por infraregistro de los registros clínicos de fisioterapia)<sup>46</sup>. Las evidencias de nuestro estudio refuerzan dichos argumentos en fisioterapia. Así, respecto al factor terapeuta, es habitual que los fisioterapeutas tienden a registrar datos en

los registros clínicos de fisioterapia, sobre todo, en la primera sesión o en la última sesión de tratamiento<sup>47</sup>. Esta situación es aceptable que ocurra en los casos de registro de modalidades terapéuticas que se programan al inicio, habitualmente la aplicación de agentes físicos. Sin embargo, para las modalidades que son susceptibles de incorporarse con posterioridad o puntualmente al tratamiento inicialmente previsto (modalidades de terapia manual, indicación de ejercicios), se puede reforzar la hipótesis del infraregistro. En nuestro estudio, el hecho de que los niveles de especificidad sean más bajos en relación con la aplicación de modalidades de terapia manual e indicaciones de ejercicios, puede reforzar esta hipótesis.

Por otro lado, respecto a factores asociados a los pacientes, nuestro estudio evidencia que algunas características de los pacientes (ejemplo, edad, género, nivel de estudios, uso previo de fisioterapia) influyen en los indicadores de sensibilidad y especificidad de algunas modalidades terapéuticas. Es especialmente ilustrativo que el nivel de estudios se asocia positivamente con buena sensibilidad a la onda corta. Probablemente el porcentaje de pacientes con bajo nivel de estudios sea el responsable de la menor sensibilidad de esta modalidad respecto al resto de modalidades de agentes físicos. De similar modo ocurre con la microondas en la que la especificidad se asocia positivamente con la no asistencia previa a fisioterapia. Así, probablemente el porcentaje de pacientes con asistencia previa a fisioterapia sea el responsable de la menor especificidad de esta modalidad de agente físico.

La reproducibilidad o consistencia entre la información proporcionada por el informe del usuario y los registros clínicos de fisioterapia es sólo parcial. La discrepancia puede reflejar problemas de infraregistro del profesional, pero también falta de comunicación entre el profesional y el paciente<sup>48,49</sup>.

Otras aproximaciones para probar la fiabilidad del informe, como son la consistencia del test-retest y la apreciación de la consistencia interna del cuestionario relacionado con aspectos técnicos, no han sido desarrolladas. El análisis de fiabilidad test-retest mide la estabilidad de las respuestas de la gente que dan acerca de una misma pregunta, cuando se le pregunta en puntos diferentes en el tiempo. Este análisis asume que no han ocurrido cambios entre ambos momentos<sup>21,50</sup>. Sin embargo, la estabilidad de las respuestas a unas mismas preguntas con el tiempo puede variar en función de factores personales o situacionales<sup>51</sup>. Puesto que las respuestas pueden estar afectadas por tales factores, los resultados de un análisis test-retest podría no ser concluyente debido al problema inherente del método. Por otra parte, el análisis de

la consistencia interna no puede ser desarrollado porque las preguntas fueron diseñadas como independientes, no miden el mismo concepto o constructo teórico.

### **Utilidad del informe del paciente para evaluar la calidad percibida y calidad científico-técnica**

El cuestionario relacionado con aspectos relativos a la calidad percibida proporciona un amplio rango de aplicaciones. Uno de sus intereses principales es su habilidad para proporcionar información en cada centro de salud para monitorizar o mejorar las respuestas del profesional hacia los pacientes, y consecuentemente su satisfacción. Como ya se ha puntualizado, nuestro cuestionario incluye ítems y dimensiones que se ven afectados cuando los pacientes juzgan la calidad de la atención sanitaria. Por tanto, como permite la identificación de problemas específicos de calidad que están relacionados con la satisfacción del paciente, nuestro cuestionario es muy operativo funcionalmente cuando hay que actuar sobre las causas de insatisfacción, permitiendo mejorar la satisfacción de los pacientes.

El cuestionario también puede ser usado en la evaluación de estudios entre centros usando los resultados de las dimensiones individualmente y de todas las dimensiones conjuntamente. Sin embargo, hay que ser consciente que este contraste debe realizarse después de un estudio previo sobre la magnitud y sesgo de no respuesta y diferencias entre los centros, considerando las características del paciente que pueden influir en los resultados de las dimensiones (la edad, género, el nivel de educación, el tipo de problema), pudiendo llegar a ser factores de confusión.

Hemos encontrado bajos niveles de especificidad y concordancia relacionados con los informes de los pacientes acerca de actividades que no aparecen en el registro clínico de fisioterapia. Esto indica que los pacientes pueden ser una mejor fuente de información que el registro clínico de fisioterapia para la evaluación de la calidad de la atención sanitaria, particularmente en aquellas áreas relacionadas con la información sobre indicaciones para realizar los ejercicios en casa y el seguimiento. Además, los pacientes pueden ser una fuente de datos más homogénea y comparable entre centros de salud que el registro clínico de fisioterapia. Los datos registrados pueden tener problemas que varían de un centro de salud a otro (ilegibilidad, heterogeneidad o incluso registros clínicos perdidos)<sup>52,53</sup>.

Respecto a la información proporcionada por el paciente con relación a los aspectos técnicos, nuestro estudio proporciona evidencia de que los pacientes son una fuente de datos útil y fiable para monitorizar y mejorar la calidad de la atención fisioterápica en relación con modalidades terapéuticas relacionadas con agentes físicos y terapia manual, y también el uso de ejercicios para pacientes con cervicalgia mecánica subaguda y crónica.

Por otra parte, también se ha evidenciado que los pacientes pueden ser una mejor fuente de información que el registro clínico de fisioterapia para la evaluación de la calidad de la atención sanitaria, particularmente en aquellas áreas relacionadas con la información sobre indicaciones para realizar los ejercicios en casa y el seguimiento.

### **La calidad percibida en Fisioterapia: Situación y oportunidad de mejora**

La evaluación de la calidad implica en general medir la atención prestada, compararla con la que se desea o es razonable que exista, y averiguar de qué manera se podrían acortar las distancias encontradas entre ambas<sup>54</sup>. La mayoría de los indicadores simples (12 de 19) de calidad percibida relacionados con las dimensiones información, organización, competencia profesional y tiempo de espera presentan una frecuencia de problemas superior al 33%. Esta evaluación revela que hay un espacio entre lo que los pacientes perciben y aquello que es considerado como atención de calidad, respecto a aspectos de calidad percibida relacionados con las dimensiones previas (información, organización, competencia profesional, tiempo de espera). Nuestro estudio también revela que los niveles de calidad presentan cierta variabilidad entre centros. Esta variabilidad es bastante evidente en relación a las dimensiones organización y tiempo de espera e inferior en el caso de la competencia profesional y sobre todo en la dimensión información. Esta variabilidad en la dimensión información puede ser interpretada en el sentido de que la mayoría de los fisioterapeutas tienen un estilo de práctica similar respecto a las relaciones interpersonales posiblemente asociado a estándares profesionales. Por el contrario, los factores contextuales como la organización y los tiempos de espera que no dependen directamente de los estándares de comportamiento profesionales muestran mayor variabilidad.

En general, las acciones de mejora deberían focalizarse prioritariamente sobre los indicadores compuestos con mayor frecuencia de problemas, los relacionados con el tiempo de espera y la competencia profesional. Estas intervenciones deberían dirigirse a aspectos

específicos tales reducción del tiempo en lista de espera desde la entrega del volante del médico hasta la primera visita con el fisioterapeuta, emisión de informe de alta, adecuación del tratamiento a las expectativas, adecuación del tiempo en tratamiento a las expectativas, entre los más importantes por su mayor frecuencia de problemas percibidos por los pacientes.

Las dimensiones información y organización acumulan menor proporción de problemas. Sin embargo, es preocupante que existan aspectos relevantes de la atención deficitarios para muchos pacientes. Así por ejemplo, en el caso de la dimensión información, es relevante que el 56.4% de los pacientes perciben que su fisioterapeuta no les informó sobre el tiempo aproximado que iban a estar en tratamiento, que el 35.5% de los pacientes no fueron informados sobre las causas posibles de su dolor y que al 40.9% no se les preguntó si tuvieron alguna dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios, entre los aspectos más deficitarios.

La elección de las intervenciones para la mejora de la calidad evidenciada en nuestro estudio depende fundamentalmente, de su efectividad y de la naturaleza de las causas asociadas al defecto de calidad observado. Respecto a problemas percibidos por los pacientes relacionados con la información y la competencia profesional, las guías de práctica clínica o protocolos podrían ser de ayuda a los profesionales fisioterapeutas. Por una parte, puede ser un instrumento que ayude a los profesionales a explicitar al paciente todas las alternativas de decisión y sus posibles resultados<sup>55</sup>. De esta manera, al implicar al paciente, posiblemente no consideraría insuficiente ni las terapias aplicadas ni el tiempo que ha estado en fisioterapia. Por otra parte, para apoyar los aspectos interpersonales, las guías de práctica clínica deberían prestar atención a la mejor manera de informar, supervisar y preguntar al paciente acerca de determinados aspectos o cosas que el usuario considera importantes<sup>15</sup>. En este sentido se ha señalado que las preferencias del paciente deberían considerarse en el desarrollo de las guías<sup>56</sup>, que sin embargo, las mayorías de las guías sólo proporcionan recomendaciones sobre habilidades técnicas para los profesionales tales como criterios diagnósticos e intervenciones efectivas<sup>57</sup>. De acuerdo a nuestro instrumento de medida, la guía de práctica clínica para el tratamiento fisioterápico del paciente con cervicalgia mecánica debería incluir al menos aspectos como informar acerca del tiempo aproximado en tratamiento y acerca de las posibles causas del dolor, supervisar los ejercicios y preguntar si ha tenido dificultad al realizar los ejercicios domiciliarios y si algún aspecto de su enfermedad le preocupa. Adicionalmente, a las guías clínicas, habría necesidad de desarrollo y entrenamiento de habilidades de comunicación

de los profesionales, intentando establecer una relación profesional-paciente basada en la comunicación y en la comprensión, método de intervención que está teniendo resultados prometedores en el manejo de la lumbalgia<sup>58,59</sup>.

Otro método de intervención para la mejora de la calidad en general es el feedback o retroalimentación de la información<sup>60</sup>. Permite reforzar o cambiar de forma sutil el comportamiento habitual del profesional gracias a que revela información sobre su patrón de práctica clínica<sup>61</sup>, al compararla con la de un estándar externo o con la de otros clínicos<sup>62</sup>. Su eficacia se incrementa cuando se combina con estrategias educativas<sup>61</sup>, como son las guías clínicas, entre otras. Este método de intervención ha resultado ser efectivo en otros estudios de mejora de la calidad<sup>63,64</sup>.

Una limitación de nuestro estudio es haber abordado exclusivamente sólo la variabilidad entre centros y haber omitido la variabilidad intracentro para comparar ambas. También para comparar entre centros deberíamos haber considerado explícitamente que las puntuaciones pudieran haber variado en función de las características de los pacientes, que se asociaron a los indicadores y ajustarlo en función de los que contestaran en cada centro. No obstante, consideramos omitir este análisis debido a la baja muestra de algunos centros.

Nuestro estudio es el primero que se usa en fisioterapia para evaluar la calidad percibida en pacientes con cervicalgia mecánica subaguda y crónica a través del informe del usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Kitzinger J. The methodology of focus group: the importance of interactions between research participants. *Social Health Illness*. 1994; 16: 103–21.
- <sup>2</sup>Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311: 299–302.
- <sup>3</sup>Jones S, Hopkins S, Lester C. Teenager sexual health through the eyes of the teenager: a study using focus groups. *Qualitative Research*. 1997; 3: 3–11.
- <sup>4</sup>Saturno PJ, Mas CA, Parra HP, González BM, López SA, Llor EB, Gascón CJJ, Calle UJ. Análisis de los grupos focales en el proceso de elaboración de una encuesta post-hospitalización tipo informe, sobre la calidad percibida por el usuario. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 627.
- <sup>5</sup>Giacomini MK, Cook DJ. Qualitative research in health care. What are the results and how do they help me care for my patients? *J Am Med Assoc*. 2000; 284:478-482.
- <sup>6</sup>Evason E, Whittington D. Patient's perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *Health Care Quality Assurance*. 1997; 10: 7-19.
- <sup>7</sup>Prieto MA, March JC, López LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999; 24: 259–66.
- <sup>8</sup>Picker Institute. *Manual of designing patient feedback systems*. Picker Institute, USA. 1995.
- <sup>9</sup>Barbour RS. Using focus groups in general practice research. *Fam Practice*. 1995; 12: 328-34.
- <sup>10</sup>Saturno PJ. Exploración de expectativas y necesidades. Utilización de grupos focales y métodos de investigación cualitativa. *Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 26. Universidad de Murcia*. 2000.
- <sup>11</sup>Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Manage Rev*. 1994; 19 (4): 49-55.

- <sup>12</sup>Evason E, Whittington D. Patient's perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *Health Care Quality Assurance*. 1997; 10: 7-19.
- <sup>13</sup>Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev*. 1998; 23: 81-96.
- <sup>14</sup>Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 1998; 111(6):211-5.
- <sup>15</sup>Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain. A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*. 2004; 29 (20): 2309-2318.
- <sup>16</sup>Van der Weide WE, Verbeek JH, Van Dijk FJ. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med*. 1999; 56: 488-93.
- <sup>17</sup>Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *Br Med J*. 2001; 322: 400-5.
- <sup>18</sup>Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med*. 1989; 150: 351-355.
- <sup>19</sup>Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine*. 1986; 11: 28-30.
- <sup>20</sup>Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ*. 1996; 313: 1291-1296.
- <sup>21</sup>Mangione TW. *Mail surveys. Improving the quality*. Sage: New York. 1995.
- <sup>22</sup>Griffith LE, Cook DJ, Guyatt GH, Charles CA. Comparison of open and closed questionnaire formats in obtaining demographic information from Canadian general internists. *J Clin Epidemiol*. 1999; 52: 997-1005.
- <sup>23</sup>Scott C. Research on mail surveys. *J R Stat Soc*. 1961; 24: 143-205.

- <sup>24</sup>Calnan MW. The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998; 14: 24-34.
- <sup>25</sup>William S, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Sci Med*. 1991; 33: 707-716.
- <sup>26</sup>Lohr K, Donaldson M, Walker A. Medicare: a strategy for quality assurance, III: beneficiary and physician focus group. *Qual Rev Bull*. 1991; 17: 242-253.
- <sup>27</sup>Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*. 1993; 7(2): 113-120.
- <sup>28</sup>Goldstein MS, Elliot SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2000; 80 (9): 853-863.
- <sup>29</sup>Beattie P, Beth N, Nelson M, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy*. 2002; 82 (6): 557-565.
- <sup>30</sup>Monnin D, Perneger T. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2002; 82 (7): 682-691.
- <sup>31</sup>Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988b; 27 (9): 935-939.
- <sup>32</sup>Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994; 39 (5): 655-670.
- <sup>33</sup>Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44: 166-203.
- <sup>34</sup>Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Criteria for scale selection and evaluation. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS (eds). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, Calif: Academia Press. 1991.
- <sup>35</sup>Goldie I, Lanquist A. Evaluation of the effects of different forms of physiotherapy in cervical pain. *Scand J Rehabil Med*. 1970. 2 (2): 117-121.

- <sup>36</sup>Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, Emberson J, Marschner I, Richardson C. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*. 2002; 27 (17): 1835-1843.
- <sup>37</sup>Ylinen J, Takala EP, Nykanen M, Hakkinen A, Malkia E, Pohjolainen T, Karppi SL, Kautiainen H, Airaksinen O. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women. *JAMA*. 2003; 289 (19): 2509-2516.
- <sup>38</sup>Gam AN, WarMing S, Larsen LH, Jensen B, Hoydalsmo O, Allon I, Andersen B, Gotzsche NE, Petersen M, Mathiesen B. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise-a randomised controlled trial. *Pain*. 1998; 77: 73-79.
- <sup>39</sup>Revel M, Minguet M, Gergoy P, Vaillant J, Manuel JL. Changes in cervicocephalic kinaesthesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: a randomized controlled study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 1994; 75: 895-899.
- <sup>40</sup>Taimela S, Takala EP, Asklof T, Sépala K, Parviainen S. Active treatment of chronic neck pain. *Spine*. 2000; 25 (8): 1021-1027.
- <sup>41</sup>Hsueh TC, Cheng PT, Kuan TS, Hong CZ. The immediate effectiveness of electrical nerve stimulation and electrical muscle stimulation on myofascial trigger points. *Am J Phys Med Rehabil*. 1997; 76: 471-476.
- <sup>42</sup>Lee JC, Lin DT, Hong C. The effectiveness of simultaneous thermotherapy with ultrasound and electrotherapy with combined AC and DC current on the immediate pain relief of myofascial trigger points. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 1997; 5: 81-90.
- <sup>43</sup>Koes BW, Bouter LM, Van Mameren H, Essers AH, Verstegen GM, Hofhuizen DM, Houben JP, Knipschild PG. Randomised clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: results of one year follow-up. *BMJ*. 1992; 304: 601-605.

- <sup>44</sup>Walach H, G uthlin C, K onig M. Efficacy of massage therapy in chronic pain: a pragmatic randomized trial. *The Journal of Alternative and complementary medicine*. 2003; 9 (6): 637-646.
- <sup>45</sup>Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Aff*. 1988; 7: 33-48.
- <sup>46</sup>Clegg LX, Potosky AL, Harlan LC, Hankey BF, Hoffman RM, Stanford JL, Hamilton AS. Comparison of self-reported initial treatment with medical records: results from the prostate cancer outcomes study. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 154 (6): 582-587.
- <sup>47</sup>INSALUD. Programa de atención fisioterápica. Atención Primaria. reas 2 y 5 de Zaragoza. 1999.
- <sup>48</sup>Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Atención Primaria*. 2001; 27 (6): 395-402.
- <sup>49</sup>Yasin S. Detecting and improving compliance. Is concordance the solution?. *Aust Fam Physician*. 1998; 27: 255-260.
- <sup>50</sup>Nunally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3 ed. New York: MacGraw-Hill. 1994.
- <sup>51</sup>Aday LA. *Designing and Conducting health surveys*. 2<sup>a</sup> ed. Josey-Bass Pub., San Francisco. 1996.
- <sup>52</sup>Demlo LK, Campbell PM, Brown SS. Reliability of information abstracted from patient's medical records. *Med Care*. 1978; 16: 995-1005.
- <sup>53</sup>Payne B. The Medical record as a basis for assessing physician competence. *Ann Intern Med*. 1979; 94: 623-629.
- <sup>54</sup>Saturno PJ. Metodos de evaluación de la calidad asistencial [pr logo a la edición española. En: Nutting P, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. *Metodos de evaluación de la calidad en atención primaria: guía para clínicos*. Barcelona: S. G. editores. 1991.

- <sup>55</sup>Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington D.C.: National Academy Press. 1992.
- <sup>56</sup>Owens DK. Spine update: patient preferences and the development of practice guidelines. *Spine*. 1998; 23: 1073-1079.
- <sup>57</sup>Koes BW, Van Tulder MW, Ostelo R, et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*. 2001; 26: 2504-13.
- <sup>58</sup>Klein BJ, Radecki RT, Foris MP, et al. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain: a comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting. *Spine*. 2000; 25: 738-40.
- <sup>59</sup>Phelan EA, Deyo RA, Cherkin DC et al. Helping patients decide about back surgery: a randomized trial of an interactive video program. *Spine*. 2001; 26: 206-11.
- <sup>60</sup>Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care. Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press. 1986.
- <sup>61</sup>Eisenberg JM, Williams SV. Cost containment and changing physicians' practice behavior: can the fox learn to guard the chicken coop?. *JAMA*. 1981; 19: 2195-2201.
- <sup>62</sup>Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practice. *New Engl J Med*. 1993; 21: 1271-1274.
- <sup>63</sup>García L, Santos I, Sánchez PL, Mora MC, Arganda J, Rodríguez MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (7): 644-651.
- <sup>64</sup>Gómez MA, García L, González LJ, Sánchez A. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 2006; 37 (9): 498-503.



## **CONCLUSIONES**





## 6. CONCLUSIONES

### *Sobre la evaluación de la calidad percibida*

- De acuerdo con el estudio cualitativo, los pacientes con cervicalgia, para juzgar la calidad de la atención fisioterapéutica consideran relevantes aspectos relativos a organización, información, tiempo de espera y calidad científico-técnica.
- La técnica de grupos focales es un procedimiento útil y válido para la identificación de aspectos que los pacientes usan cuando juzgan la calidad, y una fuente de información útil para el diseño de cuestionarios relacionados con la calidad percibida.
- Se dispone de un cuestionario válido y fiable en la medición de las percepciones de los pacientes con relación a atributos de la atención fisioterápica relacionados con la calidad.
- El cuestionario de calidad percibida construido puede ser útil para identificar problemas de calidad percibida relacionados con la satisfacción de los pacientes, permitiendo por tanto mejorarla.
- La calidad percibida en el conjunto de los centros de salud de Murcia participantes necesita ser mejorada. Las áreas de información y competencia profesional son las que acumulan más problemas de calidad percibida.
- Entre los centros de salud participantes, la variabilidad existente en los niveles de calidad percibida aconseja medidas de mejora globales y comunes a todos los centros en relación a la información y competencia profesional, y específicos a cada centro en relación a los tiempos de espera y la organización.

### *Sobre la evaluación de la calidad científico-técnica*

- El paciente de fisioterapia es capaz de proporcionar información válida con relación a (i) la aplicación de algunos agentes físicos, tales como infrarrojos, tracción, microondas, TENS y ultrasonidos, y a (ii) la mayoría de aspectos de la instrucción de los ejercicios. Por el contrario, el paciente de fisioterapia no la proporciona con relación a la aplicación de onda corta, aplicación de modalidades de terapia manual (masaje, estiramientos pasivos, manipulación cervical) y los ejercicios de fortalecimiento.
- Debido al infraregistro de los fisioterapeutas en relación con la instrucción y seguimiento de los ejercicios terapéuticos, el paciente puede ser una mejor fuente de información que el registro clínico de fisioterapia para su evaluación.
- El informe del usuario y el registro clínico de fisioterapia no pueden ser utilizados como fuentes equivalentes de información para evaluar la calidad en el uso de intervenciones terapéuticas debido a que su consistencia es sólo parcial.
- Existe un problema de bajos registros clínicos por parte de los fisioterapeutas. En este sentido, para los estudios de evaluación de la calidad, el informe del usuario puede ser una herramienta útil para evaluar la calidad percibida en pacientes con cervicalgia mecánica subaguda y crónica en centros de atención primaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**





## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Abyholm AS, Hjortdahl P. Being believed is what counts: a qualitative study of experiences with the health service among patients with chronic back pain. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999; 119: 1630-1632.
- Aday LA. *Designing and Conducting health surveys*. 2<sup>a</sup> ed. Josey-Bass Pub., San Francisco. 1996.
- Aerlyn G, Drawn BA, Lee P et al. Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: a brief report. *Journal of Medical Practice Management*. 2003; 166-169.
- Aguado JA, Gastón JL, Bueno A, López R, Rodríguez R, Gálvez R. Estudio de la calidad de los registros en un centro de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*. 1991; 5 (26): 214-218.
- Aguado JA, Gastón JL, López RM, Bueno A, Rodríguez-Contreras R. Encuesta de satisfacción a usuarios del centro de salud Zaidin-Sur de Granada (1989). *Rev San Hig Pub*. 1992; 66: 225-231.
- Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ*. 1996; 313: 1291-1296.
- Albrecht K, Zemke R. *Service America! Doing Business in the New Economy*. Homewood, Ill: Dow Jones-Irwin. 1985.
- Allison GT, Nagy BM, Hall T. A randomised clinical trial of manual therapy for cervico-brachial pain syndrome-a pilot study. *Manual Therapy*. 2002; 7 (2): 95-102.
- Alonso R, Blanco-Ramos M, Ganoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (5): 246-250.

- Anderson RE. Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *J Marketing Res.* 1973; 10: 38.
- Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosengberg C. Chronic pain in a geographically defined population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localisation. *Clin J Pain.* 1993; 9:174-82.
- Anderson EW, Sullivan MW. The antecedents and consequences of customer satisfaction for forms. *Marketing Science.* 1993; 12 (2): 125-143.
- Andreassen TW. Antecedents to satisfaction with service recovery. *European Journal of Marketing.* 2000; 34 (1,2): 156-175.
- Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. *AJHP.*1991; 48: 1931-1937.
- Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiología.* 3ª ed. Madrid: Elsevier. 2005.
- Arnetz JE, Arnetz BB. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *Intern Journal Qual Health Care.* 1996; 8: 555-66.
- Assael H. *Consumer Behaviour.* 5th Ed., South-Western. 1995.
- Baker TL, Taylor SA. Patient satisfaction and service quality in the formation of customers' future purchase intentions in competitive health service settings. *Health Marketing Quarterly.* 1997; 15 (1): 1-15.
- Barbour RS. Using focus groups in general practice research. *Fam Practice.* 1995; 12: 328-34.

- Bearden WO, Crockett M, Teel JE. Disconfirmation of purchase expectations and subsequent consumer attitudes and patronage intentions. Paper delivered at the American Marketing Association Retail Patronage Theory Conference. 1981.
- Bearden WO, Teel JE. Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports. *Journal of Marketing Research*. 1983; 20: 21-28.
- Beattie P, Beth M, Nelson M, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy*. 2002; 82 (6): 557-565.
- Beltrán JL, López EJ, Gervas JJ. Prescripción de medicamentos en atención primaria. Estudio fármaco-epidemiológico en el área de Albacete. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 673-692.
- Benavides FGL, Nolasco A, Jiménez L et al. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un centro de salud. *Aten Primaria*. 1987; 4: 91-95.
- Benson DS, Tornes PG. Excellence in ambulatory care: a practical guide to developing effective quality assurance programs. S<sup>a</sup> Francisco (California): Jossey-Bass. 1990.
- Bigné JE, Andreu L. Análisis de la satisfacción en la experiencia del consumidor: una aplicación en museos interactivos. XIV Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing. 2002; 497-510.
- Bigos S, Bowyer O, Braen G. Acute low problems in adults. Clinical practice guideline. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. 1994.
- Binder A. Neck pain. *Clin Evid*. 2005; 13: 1501-24.
- Bitner MJ. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*. 1990; 54: 69-82.

- Bolton RN, Drew JH. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*. 1991a; 55: 1-9.
- Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999; 80: 629-36.
- Borrel F. Auditoria de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. *Gaceta Sanitaria*. 1992; 6: 144-147.
- Bos GAM van den. Care for the chronically ill. *Ámsterdam: Bohn, Scheltema & Holkema*. 1989.
- Boshoff CR. An experimental study of recovery options. *International Journal of Service Industry Management*. 1997; 8 (2): 110-130.
- Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml VA. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*. 1993; 30: 7-27.
- Bourghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999; 80: 629-636.
- Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine*. 1994; 15 (19): 1307-9;
- Bowen D. Antecedents of consumer satisfaction and dissatisfaction (CS/D) on long haul inclusive tours: a reality check on theoretical considerations. *Tourism Management*. 2001; 22 (1): 49-61.
- Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Manage Rev*. 1994; 19 (4): 49-55.
- Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*. 1989; 37:215-22.

- Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria*. 1989; 6: 312-316.
- British Association of Physical Medicine. Pain in the neck and arm: a multicentre trial of the effects of physiotherapy. *BMJ*. 1966; 1: 253-258.
- Brodin H. Cervical pain and mobilization. *Manual Medicine*. 1985 (2): 18-22.
- Bronfort G, Aker PD, Evans R, Goldsmith CH, Nelson B, Vernon HA. A randomized controlled clinical trial of rehabilitative exercise and chiropractic spinal manipulation for chronic neck pain. *Spine*. 2001; 26 (7): 788-799.
- Brown JB, Adams ME. Patients as reliable reporters of medical care process: recall of ambulatory encounter events. *Medical Care*. 1992; 30: 400-411.
- Brown SW, Nelson AM, Broskesh SJ, Word SD. Patient satisfaction pays. Quality service for practice success. Aspen: Gaithersburg, MD. 1993.
- Buitrago F, Guillén J, Mencia JM, Agudo B, García M, Molina LJ. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. *Rev San Hig Pub*. 1991; 65: 421-427.
- Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins RL. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1987; 24: 305-314.
- Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76 (5): 409-422.
- Calnan MW. The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998; 14: 24-34.
- Cardozo R. An experimental study of consumer effort, expectations and satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1965; 2: 244-249.

- Carey RG. How to cose a patient survey system. *J Qual Improv.* 1999; 25: 20-25.
- Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Lieberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, Fryer JG, McNutt RA. Acute severe low back pain: a population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine.* 1996; 21: 339-344.
- Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopaedic surgeons: the North Carolina Back Pain Project. *N Engl J Med.* 1995; 333: 913-7.
- Carman JM. Patient perceptions of service quality. Combining the dimensions. *Journal of services Marketing.* 2000; 14 (4): 337-52.
- Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Sage Publication. Beverly Hills, London. 1979.
- Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Publ Health Med.* 1992; 14: 236-249.
- Cedraschi C, Robert J, Perrin E, Fischer W, Goerg D, Vischer TL. The role of congruente between patient and therapist in chronic low back pain patients. *J Manipulative Physiol Ther.* 1996; 19: 244-249.
- Chang K. Dimensions and indicators of patients' perceived nursing care quality in the hospital setting. *J Nurs Qual.* 1997; 11: 26-37.
- Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med.* 1989; 150: 351-355.
- Chew CA, May CR. The benefits of back pain. *Farm Pract.* 1997; 14: 461-5.

- Choi KS, Cho WH, Lee S, Lee H, Kim MC. The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study. *Journal of Business Research*. 2002; 5738: 1-9.
- Churchill GA, Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1982; 19: 491-504.
- Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1986; 3:1-226.
- Clearly PD. Satisfaction may not suffice. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998; 14: 35-37.
- Clearly PD, Edgman-Levitan S, McMullen W, Delbanco THL. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB*. 1992: 53-59.
- Clearly PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco THL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. 1991; 10: 254-267.
- Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988; 25: 25-36.
- Clegg LX, Potosky AL, Harlan LC, Hankey BF, Hoffman RM, Stanford JL, Hamilton AS. Comparison of self-reported initial treatment with medical records: results from the prostate cancer outcomes study. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 154 (6): 582-587.
- Clute KF. Research programme of the Canadian association for retarded children. *Can Psychiatr Assoc J*. 1963; 12: 278-80.

Cohen JB, Houston MJ. Cognitive consequences of brand loyalty. *Journal of Marketing Research*. 1972; 9: 97-99.

Colditz GA, Martin P, Stampfer MJ, Willet WC, Sampson L, Rosner B, Hennekens CH, Speizer FE. Validation of questionnaire information on risk factors and disease outcomes in a prospective cohort study of women. *Am J Epidemiol*. 1986; 123: 894-900.

Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan health and back pain survey: the prevalence of neck pain and related disorders in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23: 1689-1698.

Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*. 1992; 56: 55-68.

Cuanter: Satisfacción en España con el Sistema Nacional de Salud. Encuesta realizada por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud, bajo la dirección de R. Blendon. Un resumen de sus resultados se publicó en: Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo, apéndice del informe de la Comisión de Análisis y Evaluación, Madrid. 1991.

Cuñado A, Bernando C, Rial C, García F. Spanish validation on an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *Journal of Nursing Care Quality*. 2002; 16 (3): 13-23.

Curtis P, Carey TS, Evans P, Rowane MP, Jackman A, Garrett J. Training in back care to improve outcome and patient satisfaction: teaching old does new tricks. *J Fam Pract*. 2000; 49: 786-792.

Danaher PJ, Haddrell V. A comparison of question scales used measuring customer satisfaction. *International Journal of Service Industry Management*. 1996; 70: 6-28.

David J, Modi S, Aluko AA, Robertshaw C, Farebrother J. Chronic neck pain: a comparison of acupuncture treatment and physiotherapy. *Br J Rheum*. 1998: 118-22.

- Davies AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Aff.* 1988; 7: 33-48.
- Deighton J. The consumption of performance. *Journal of Consumer Research.* 1992; 19: 362-372.
- Delgado M, Gómez M, Bueno A, García M, Gálvez R. Recall bias in a case-control study of low birth weight. *J Clin Epidemiol.* 1995; 48 (9): 1133-40.
- Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis.* Madrid: Díaz de Santos. 1989.
- Demlo LK, Campbell PM, Brown SS. Reliability of information abstracted from patient's medical records. *Med Care.* 1978; 16: 995-1005.
- DeRuyter K, Wetzels M. On the complex nature of patient evaluations of general practice service. *Journal of Economic Psychology.* 1998; 19: 565-90.
- Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine.* 1986; 11: 28-30.
- Díez V, Bonilla R, Hederá C, Insalud. *Unidades de Fisioterapia. Área 1 de Atención Primaria.* Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 1996.
- Domholdt E. *Physical therapy research. Principles and applications.* 2<sup>nd</sup> ed, Saunders. 2000.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966; 44: 166-203.
- Donabedian A. The quality of medical care. *Science.* 1978; 200: 856-864.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Vol 1. *Explorations in quality assessment and monitoring.* Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.

- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality (Vol II). Ann Arbor: AHP. 1982.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Vol 1. México DF: La Prensa Mexicana. 1984.
- Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Qual Rev Bull. 1986; 12: 99-108.
- Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed. JAMA. 1988; 260: 1743-1748.
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull. 1992; 18: 356-360.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 1996; 44: 166-169.
- Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care. Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press. 1986.
- Eisenberg JM, Williams SV. Cost containment and changing physicians' practice behavior: can the fox learn to guard the chicken coop?. JAMA. 1981; 19: 2195-2201.
- Ellis R, Whittington D. Quality assurance in health care. In: Ellis R, Whittington D (eds). Quality Assurance Handbook. London: Edward Arnold. 1993: 1-8.
- Epstein KR, Laine C, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. Am J Med Qual. 1996; 11: 73-80.
- Evason E, Whittington D. Patient's perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. Health Care Quality Assurance. 1997; 10: 7-19.

- Evrard Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. *Revue Française du Marketing*. 1993; n°144-145, n° 4-5: 53-65.
- Eyles J, Woods K. Who cares what care?. An inverse interest law?. *Social Sci Med*. 1986; 23: 1087-92.
- Feather NT. Values, valences, expectations, and actions. *J Social Issues*. 1992; 48 (2): 109.
- Feinstein AR, Horwitz RI. Double Standard, scientific methods, and epidemiologic research. *N Eng J Med*. 1982; 307: 1611-1617.
- Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington D.C.: National Academy Press. 1992.
- Fielding N. Ethnography. En: Gilabert N, ed. *Research social life*. Londres: Sage. 1993; 154-171.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons. 1981.
- Fornell C. A national customer satisfaction barometer: the swedish experience. *Journal of Marketing*. 1992; 56: 6-21.
- Fowler F. AMA gives economic "swimming lessons" to private practice physicians. *Colo Med*. 1984; 81(1): 13-14.
- Fowler FJ. *Improving survey questions. Design and evaluation*. Sage: New York. 1995.
- Frutcher RG, Roness K, Roth T, Webber CA, Camilien L, Boyce J. Pap smear histories in a medical clinic: accuracy of patients' self reports. *NY-State J Med*. 1992; 92: 421-424.
- Gam AN, WarMing S, Larsen LH, Jensen B, Hoydalsmo O, Allon I, Andersen B, Gotzsche NE, Petersen M, Mathiesen B. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise-a randomised controlled trial. *Pain*. 1998; 77: 73-79.

- García L, Santos I, Sánchez PL, Mora MC, Arganda J, Rodríguez MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (7): 644-651.
- García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MM y cols. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica*. 2000; 11 (4): 20-26.
- Garret DE. The effectiveness of compensation given to complaining consumers: is more better?. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 1999; 12: 26-34.
- Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Atención Primaria*. 2001; 27 (6): 395-402.
- Gea MT, Hernán M, Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 37-44.
- Giacomini MK, Cook DJ. Qualitative research in health care. What are the results and how do they help me care for my patients? *J Am Med Assoc*. 2000; 284:478-482.
- Glandon GL, Counte MA, Tancredi D. An análisis of physician utilization by erderly persons: systematic differences between self-report and archival information. *J Gerontol*. 1992: S245-252.
- Goldie I, Landquist A. Evaluation of the effects of different forms of physiotherapy in cervical pain. *Scand J Rehab Med*. 1970; 2-3: 117-121.
- Goldie I, Lanquist A. Evaluation of the effects of different forms of physiotherapy in cervical pain. *Scand J Rehabil Med*. 1970. 2 (2): 117-121.

- Goldstein MS, Elliot SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*. 2000; 80 (9): 853-863.
- Gómez MA, García L, González LJ, Sánchez A. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 2006; 37 (9): 498-503.
- Gooding SKS. Quality, sacrifice and value in hospital choice. *Journal of Health Care Marketing*. 1995; 15 (4): 24-31.
- Gordon RA. Information bases of responses to intention and expectation questions: a comparison between volitional behaviour and behaviour goals. *J Soc Psychol*. 1991; 131 (5): 667.
- Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs?. *Journal of Applied Psychology*. 1994; 79 (6): 875-85.
- Grau D, Pryce-Jones M, Tippins D. Satisfactory practice. *Hlth Service J*. 1989; 99: 1464-1465.
- Graubard BI, Born EL. Predictive margins with survey data. *Biometrics*. 1999; 55: 652-659.
- Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practice. *New Engl J Med*. 1993; 21: 1271-1274.
- Green BF. Attitude measurement. In: Lindzey G. *Handbook of social psychology*, 3<sup>a</sup> ed. Addison-Wesley, Reading, MA. Londres. 1959.
- Griffith LE, Cook DJ, Guyatt GH, Charles CA. Comparison of open and closed questionnaire formats in obtaining demographic information from Canadian general internist. *J Clin Epidemiol*. 1999; 52: 997-1005.
- Grimmer K, Sheppard L, Pitt M, Magarey M, Trott P. Differences in stakeholder expectations in the outcome of physiotherapy management of acute low back pain. *Int J Qual Health Care*. 1999; 11: 155-162.

- Grogan S, Conner M, Norman P, Willis D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care*. 2000; 9: 210-215.
- Grönroos C. *Service Management and marketing*. Lexington Books, Lexington MA. 1990.
- Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G, Cervical Overview Group. A cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*. 2004; 29 (14): 1541-1548.
- Gulick EE, Cook SD, Troyano R. Comparison of patient and staff assessment of MS patients' health status. *Acta Neurol Scand*. 1993; 88: 87-93.
- Hackett GI, Hudson MF, Wylie JB, Jackson AD, Small KM, Harrison P, O'Brien J, Harrison P. Evaluation of the efficacy and acceptability to patients of a physiotherapist working in a health centre. *BMJ*. 1987; 294: 24-26.
- Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*. 1988a; 27(6): 637-644.
- Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988b; 27 (9): 935-939.
- Halstead D, Hartman D, Schmidt SL. Multisource effects on the satisfaction formation process. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1994; 22 (2): 114-129.
- Hargraves JL, Palmer RH, Zapka J, Nerenz D, Frazier H, Orav EJ, Warner C, Ingard J, Neisuler R. Using patient report to measure health care system performance. *Clinical Performance and Quality Health Care*. 1993; 1 (4): 208-213.
- Harlow SD, Linet MS. Agreement between questionnaire data and Medical records. The evidence for accuracy of recall. *Am J Epidemiol*. 1989; 129: 233-248.

- Hausknecht DR. Measurement scales in consumer satisfaction/dissatisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior* .1990; 3:1-11.
- Hochstim J. A critical comparison of three strategies of collecting data from households. *J Am Statist Assoc*. 1967; 62: 976-989.
- Holland WH. *Evaluation of health care*. Oxford Univ. Press, Oxford. 1983.
- Hopkins A. *Measuring the quality of medical care*. London Royal Collage of Physicians of London. 1990.
- Horovitz J. Medir la satisfacción del cliente. En: *La calidad del servicio. A la conquista del cliente*. Madrid: McGraw Hill. 1990.
- Hoving JL, Koes BW, de Vet HCW, van der Windt DAWN, Assendelft WJJ, van Mameren H, Deville WLJM, Pool JJM, Scholten RJPM, Bouter LM. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136 (10): 713-759.
- Howard JA. The structure of buyer behavior. *Consumer Behavior: Theory and Application*. Farley, J.V. y Howard, J.A. (eds.), Boston, MA: Allyn & Bacon. 1974. p. 9-32.
- Howard JA, Sheth JN. *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley and Sons. 1969.
- Howe DH, Newcombe RG, Wade MT. Manipulation of the cervical spine-a pilot study. *J R Coll Gen Pract*. 1983. 33 (254): 574-579.
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A Comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract*. 1998; 15: 165-17.

- Hsueh TC, Cheng PT, Kuan TS, Hong CZ. The immediate effectiveness of electrical nerve stimulation and electrical muscle stimulation on myofascial trigger points. *Am J Phys Med Rehabil.* 1997; 76: 471-476.
- Hulka BS, Kupper LL, Casel JC, Efird RL. Medication use and misuse: physician-patient discrepancies. *J Chron Dis.* 1975; 28: 7-21.
- Hulka BS, Kupper LL, Daly MB, Cassel JC, Schoen F. Correlates of satisfaction with medical care: A community perspective. *Med Care.* 1975; 13: 648-58.
- Hulka BS, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care.* 1970; 8: 429-435.
- Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine: a systematic review of the literature. *Spine.* 1996; 21: 1746-1760.
- Iacobucci D, Grayson KA, Ostrom AL. The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration. In: Swartz TA, Bowen DE, Brown SW (Eds). *Advances in Services Marketing and Management.* 1994; 3: 1-67.
- INSALUD. Programa de atención fisioterápica. Atención Primaria. Áreas 2 y 5 de Zaragoza. 1999.
- Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21 st century.* National Academy Press, Washington. 2001.
- Instituto Nacional de la Salud. Estudio de motivación y satisfacción en los servicios de urgencia hospitalarios. Madrid: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud. 1990.
- Ishikawa K. *What is quality control?. The japanese way.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1985.
- Jobe JB, White AA, Kelley CL, Mingay DJ, Loftus EF. Recall strategies and memory for health-care visits. *Milbank Q.* 1990; 68: 171-189.

- Johnson MD, Anderson EW, Fornell C. Rational and adaptive performance expectations in a customer satisfaction framework. *Journal of Consumer Research*. 1995; 21: 695-707.
- Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations. *Quality assurance in ambulatory care*. 2 ed. JCAHO. Chicago. 1990.
- Jones S, Hopkins S, Lester C. Teenager sexual health through the eyes of the teenager: a study using focus groups. *Qualitative Research*. 1997; 3: 3-11.
- Jordan A, Bendix T, Nielsen H, Hansen FR, Host D, Winkel A. Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain: A prospective single-blind randomized clinical trial. *Spine*. 1998; 23 (3): 311-319.
- Judge K, Solomon M. Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy*. 1993; 22, 299-327.
- Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, Emberson J, Marschner I, Richardson C. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*. 2002; 27 (17): 1835-1843.
- Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev*. 1998; 23: 81-96.
- Juran JM, Gryma FM, Bingham RS. *Manual de control de calidad*. 2ªed. Barcelona: Reverté. 1990.
- Kay TM, Gross A, Santaguida PL, Hoving J, Goldsmith C, Bronfort G, Cervical Overview Group. *Ejercicios para los trastornos mecánicos del cuello*. The Cochrane Collaboration. 2006.
- Kehoe R, Wu SY, Leske MC, Chylack LT. Comparing self-reported and physician-reported medical history. *Am J Epidemiol*. 1994; 139: 813-818.

- Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998; 79:1122-1128.
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *Br Med J.* 2001; 322: 400-5.
- Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research.* Holt Rinehart and Winston Inc., New York. 1973.
- Kitzinger J. The methodology of focus group: the importance of interactions between research participants. *Social Health Illness.* 1994; 16: 103–21.
- Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ.* 1995; 311: 299–302.
- Kjellman GV, Skargren EI, Oberg BE. A critical analysis of randomised clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med.* 1999; 31: 139-152.
- Klein BJ, Radecki RT, Foris MP, et al. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain: a comprehensive spine care system in a health maintenance organization setting. *Spine.* 2000; 25: 738-40.
- Koelemeijer K, Roest H, Verhallen T. An integrative framework of perceived service quality and its relations to satisfaction/dissatisfaction, attitude and repurchase intention. A multilevel approach. *European Marketing Academy (EMAC). Proceedings, Barcelona ESADE 25-28. 1993, p. 683-699.*
- Koes BW. *Efficacy of manual therapy and physiotherapy for back and neck complaints. (Thesis) den Haag: Cip-Gegevens Koninklijke Bibliotheek.1992.*
- Koes BW, Assendelft WJ, Van der Heijden GJ, Bouter LM, knipschild PG. Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain: a blinded review. *BMJ.* 1991; 303: 1298-1303.

Koes BW, Bouter LM, Van Mameren H, Essers AH, Verstegen GM, Hofhuizen DM, Houben JP, Knipschild PG. Randomised clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: results of one year follow-up. *BMJ*. 1992; 304: 601-605.

Koes BW, Van Tulder MW, Ostelo R, et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*. 2001; 26: 2504-13.

Kriegsman DW, Pennix B, van Eijk J, Boeke J, Deeg D. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol*. 1996; 49 (12): 1407-1417.

Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Ed. Pirámide. 1991.

Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. A validation of medical history taking as part of a population-based survey in the oldest old, aged 85 and over. In: Lagaay AM. The Leiden 85-plus study. A population based comprehensive investigation of the oldest old. Leiden. 1991.

Latour SA, Peat NC. Conceptual and methodological issues in consumer satisfaction research. *Advances in Consumer Research*. Wilkie, W.F. (ed.), Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research. 1979; Vol. 6, pág. 431-437.

Lebow, "Consumer assessments of the quality care"; Ware et al, "The patient's role in assessing the quality of the medical care process"; Gerbert and Hargreaves, "Measuring Physician Behavior"; and Thompson HC AND Osborne CE, "Office records in the evaluation of quality of care"; *Medical Care*. 1976; 14: 294-314.

Lee H, Lee Y, Yoo D. The determinants of perceived service quality and its relationship with customer satisfaction. *Journal of Services Marketing*. 2000; 14 (3): 217-231.

- Lee JC, Lin DT, Hong C. The effectiveness of simultaneous thermotherapy with ultrasound and electrotherapy with combined AC and DC current on the immediate pain relief of myofascial trigger points. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 1997; 5: 81-90.
- Lee MY, Wong MK, Tang FT, et al. Design and assessment of an adaptive intermittent cervical traction modality with EMG biofeedback. *J Biomech Eng*. 1996; 118: 597-600.
- Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994; 39 (5): 655-670.
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 577-582.
- Linder-Pelz S, Struening EL. The multidimensionality of patient satisfaction with a clinical visit. *J Community Health*. 1985; 10: 42-54.
- Linton SJ, Hellsing AL, Hallden K. A population-based study of spinal pain among 35-45 year old individuals. Prevalence, sick leave and health care use. *Spine*. 1998; 23 (13): 1457-1463.
- Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 1998; 111(6):211-5.
- Locke AE, Shaw KN, Saari LM, Latham GP. Goal setting and task performance. 1969-1980. *Psychological Bulletin*. 1981; 1: 125-152.
- Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med*. 1978; 12A: 283.
- Lohr K, Donaldson M, Walker A. Medicare: a strategy for quality assurance, III: beneficiary and physician focus group. *Qual Rev Bull*. 1991; 17: 242-253.

- Madlensky L, McLaughlin J, Goel V. A comparison of self-reported colorectal cancer screening with medical records. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003;12 (7):656-9.
- Mahon PY. An análisis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs.* 1997; 24: 1241-1248.
- Makela M, Heliovaara M, Sievers K, Impivaara O, Knett P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol.* 1991; 134:1356-1367.
- Mangione TW. *Mail surveys. Improving the quality.* Sage: New York. 1995.
- Mates S, Sidel VW. Quality assessment by process and outcome methods: evaluation of emergency room care of asthmatic adults. *Am J Public Health.* 1981; 71(7):687-93.
- Maxwell JA. *Qualitative research design: an interactive approach (2<sup>nd</sup> edition).* California: Sage. 2005.
- Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ.* 1995; 311: 109-112.
- McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care?. *Fam Pract.* 2002; 19(4):333-8.
- McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Narkham C. Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. *J Gen Intern Med.* 1998; 13: 289-295.
- Mechanic D. Medical sociology: some tensions among theory, method and substance. *J Health Social Behav.* 1989; 30: 147-160.
- Medina F, Brotons J, Manrique J. Estudio comparativo sobre la influencia de la educación sanitaria en las recidivas sentidas en Fisioterapia. *Atención Primaria.* 1995; 16: 464-468.

- Medina F, Meseguer AB, Montilla J, Valera F, Campillo J, Rabal C. ¿Qué tipo de atención se presta en fisioterapia cuando no se utilizan los protocolos?. *Revista de Calidad Asistencial*. 2000; 15: 494.
- Melver S. Information on obtaining the views of users of primary health care services. Londres: Kings Fund Centre. 1991.
- Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. Penguin: Harmondsworth. 1982.
- Meterko M, Nelson E, Rubin HR (eds). Patients judgements of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care*. 1990; 8 (Supplement Part 5: Response to questionnaire): 518-519.
- Midthjell K, Colmen J, Bjorndal A, Lund-Larsen PG. Is questionnaire information valid in the study of a chronic disease such as diabetes?. The Nord-Trondelag diabetes study. *J Epidemiol Comm Health*. 1992; 46: 537-542.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data análisis: an expanded sourcebook*. London: Sage. 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Investigación sobre calidad percibida por el usuario del Insalud en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992.
- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQUOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; 4: 12-18.
- Mira JJ, Galdón M, García I, Velasco MV, García S, Vitaller J. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 165-178.

- Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Psicol Salud*. 1992; 4: 89-116.
- Mittal V, Kumar PJ, Tsiros M. Attribute-level performance, satisfaction and behavioral intentions over time: a consumption-system approach. *Journal of Marketing*. 1999; 63: 88-101.
- Moliner B, Berenguer G, Gil I. La importancia de la performance y las expectativas en la formación de la satisfacción del consumidor. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2001; 7 (3): 155-172.
- Monnin D, Perneger T. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therpay*. 2002; 82 (7): 682-691.
- Moore EM, Shuptrine FK. Disconfirmation effects on consumer decision making processes. *Advances in Consumer Research*. Kinnear, T.C. (ed.), Ann Arbor, MI: Association for consumer Research. 1984; 11: 299-304.
- Mora E, Forner P, Chumillas S, Peñalver L. Calidad percibida por el usuario de un servicio de rehabilitación. *Rehabilitación*. 1996; 30: 47-52.
- Mushlin AL, Appel FA. Patient –Reported problems status as a measure of quality. *Medical Care*. 1980; 18S: 16-21.
- Nelson CW. Patient satisfaction surveys: an opportunity for quality improvement. *Hospital and Health Services Administration*. 1990; 35: 409-425.
- Nelson EC, Hoys RD, Larson C, Batalden PB. The patient judgement system: reliability and validity. *QRB*. 1989; 15: 185-191.
- Nilsson N. The prevalence of cervicogenic headache in a random population in the sample of 20- to 59-years-olds. *Spine*. 1995; 20: 1884-1888.

- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3 ed. New York: MacGraw-Hill. 1994.
- Nutting P . Population-based family practice: the next challenge of primary care. *The Journal of Family Practice*. 1987; 24(1): 83-88.
- Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001; 24: 433-439.
- Nyiendo J, Haas M, Goodwin P. Patient characteristics, practice activities, and one-month outcomes for chronic, recurrent low-back pain treated by chiropractors and family medicine physicians: a practice-based feasibility study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2000; 23: 239-45.
- Office of technology assessment. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington DC: Government Printing Office. 1978.
- Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57(10):1096-103.
- Oliver RL. Effect of expectations and disconfirmation on postexposure product evaluations. *Journal of Applied Psychology*. 1977; 62: 480-486.
- Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980; 17: 460-469.
- Oliver RL. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of Retailing*. 1981; 57 (3): 25-48.

- Oliver RL. Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 1989; 2: 1-16.
- Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing Management*. Swartz, AT, Bowen DE, Brown SW. (eds.), JAI Press Inc., Greenwich, CT. 1993a. Vol. 2. p. 65-85.
- Oliver RL. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*. 1993b; 20: 418-430.
- Oliver RL, Bearden WO. The role of involvement in satisfaction process. *Advances in Consumer Research*, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research. 1983; 250-255.
- Oliver RL, Desarbo WS. Response determinants in satisfaction judgements. *Journal of Consumer Research*. 1988; 14: 495-507.
- Oliver RL, Rust RT, Varki S. Customer delight: foundations, findings and managerial insight. *Journal of Retailing*. 1977; 73 (3): 311-336.
- Oliver RL, Swan JE. Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach. *Journal of Marketing*. 1989a; 53: 21-35.
- Oliver RL, Swan JE. Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. *Journal of Consumer Research*. 1989b; 16: 372-383.
- Oliver RL, Westbrook RA. The factor structure of satisfaction and related postpurchase measures. *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining*. Day, R.L. y Hunt, H.K. (eds.), Bloomington: Indiana University School of Business. 1982; 11-14.
- Olshavsky RW, Miller JA. Consumer expectations, product performance and perceived product quality. *Journal of Marketing Research*. 1972; 9: 19-21.

- Olson JC, Dover PA. Disconfirmation of consumer expectations through product trial. *Journal of Applied Psychology*. 1976; 64: 179-189.
- Ortolá P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. *Aten Primaria*. 1993; 12 (9): 578-587.
- Östlund G, Cedersund E, Alexanderson K, Hensing G. It was really nice to have someone; lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scand J Public Health*. 2001; 29: 285-291.
- O' Toole BI, Battistuta D, Long A, Crouch K. A comparison of costs and data quality of three health survey methods: mail, telephone and personal home interview. *American Journal of Epidemiology*. 1986; 124(2): 317-328.
- Owens DK. Spine update: patient preferences and the development of practice guidelines. *Spine*. 1998; 23: 1073-1079.
- Pagani-Hill A, Ross RK. Reliability of recall of drug usage and other health-related information. *Am J Epidemiol*. 1982; 116: 114-122.
- Payne B. The Medical record as a basis for assessing physician competence. *Ann Intern Med*. 1979; 94: 623-629.
- Painter HP, Nelson RA. Review of methods for ambulatory medical care evaluations. *Med Care*. 1982; 20: 758-781.
- Palmer HC. Homecare. In: Vogel RJ, Palmer H (eds). *Long-term care: perspectives from research and demonstration*. Washington, DC: US. Department of Health and Human Services. Health care financing administration. 1983.

- Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
- Palmer RH. Considerations in defining quality of health care. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice. Ann Arbor: Health Administration Press. 1991: 1-59.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985; 43: 41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64: 12-40.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *Journal of Marketing*. 1994; 58 (1): 111-124.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Moving forward in service quality research: measuring different customer-expectation levels, comparing alternative scales, and examining the performance-behavioral intentions link. Working Paper: Report nº 94-114. Marketing Science Institute. 1994.
- Pascoe GC. "Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis". *Evaluation and program planning*. 1983; 6 (3-4): 185-210.
- Paz J, Belmonte MA. Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor. Cervicobraquialgia. Barcelona: Masson. 2000.
- Pearce JMS. The importance of cervicogenic headache in the over-fifties. *Headache Q Curr Treatment Res*. 1995; 6: 293-296.

- Peters DA. Improving quality requires consumer input: using focus groups. *J Nurs Care Qual.* 1993; 7: 34-41.
- Phelan EA, Deyo RA, Cherkin DC et al. Helping patients decide about back surgery: a randomized trial of an interactive video program. *Spine.* 2001; 26: 206-11.
- Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. *Physical Therapy.* 2001; 81 (10): 1701-1717.
- Picker Institute. *Manual of designing patient feedback systems.* Picker Institute, USA. 1995.
- Povar GJ. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy practice.* Health Administration Press. Ann Arbor (Michigan). 1991. p. 1-58.
- Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria.* 2002; 29 (6): 366-373.
- Prieto MA, March JC, López LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria.* 1999; 24: 259-66.
- Racine JF. A double take on the history of quality in health care. In: Graham NO (ed.). *Quality in Health Care. Theory, application and evolution.* Gaithersburg MD: Aspen. 1995: 15-31.
- Rajala U, Keinänen-Kiukaanniemi S, Uusimäki A, Kivelä SL. Musculoskeletal pain and depression in a middle-aged Finnish population. *Pain.* 1995; 61:451-7.
- Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Sci Med.* 1988; 27: 935-939.
- Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Sci Med.* 1994; 39: 655-670.

- Renaud M, Beauchemin J, Lalonde C, Poirier H, Berthianne S. Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general headaches to general practitioners working in different settings in the Montreal area. *AJPH*. 1980; 10: 1068-1073.
- Revel M, Minguet M, Gergoy P, Vaillant J, Manuel JL. Changes in cervicocephalic kinaesthesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: a randomized controlled study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 1994; 75: 895-899.
- Rhodes LA, McPhillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1189-203.
- Riedel RL, Riedel DC. *Practice and performance: an assessment of ambulatory care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press: School of Public Health. University of Michigan. 1979.
- Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Criteria for scale selection and evaluation. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS (eds). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, Calif: Academia Press. 1991.
- Rochon A. *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson. 1991.
- Rodríguez C. Las "escalas" como medida de la satisfacción de la atención médica en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. 1986; 5: 237-242.
- Rodríguez AA, Bilkey WJ, Agre JC. Therapeutic exercise in chronic neck and back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992; 73: 870-875.
- Rogers WA. Beneficence in general practice: an empirical investigation. *J Med Ethics*. 1999; 25: 388-93.

- Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perception in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care*. 1997; 35 (11Suppl): NS58-NS68.
- Ross CK, Frommelt G, Hazelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *J Health Care Mark*. 1987;7(4):16-26.
- Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther*. 1999; 79 (2): 159-70.
- Rust RT, Oliver RL. Service quality insight and managerial implications from the frontier. *Service Quality, New Directions in Theory and Practice*. Rust RT, Oliver RL. (eds.). Sage Publications. 1994. Cap. 1. p. 5-20.
- Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. *Contr Calid Asist*. 1987; 2:99-104.
- Sanjosé S, Antó JM, Alonso J. Comparación de la información obtenida en una encuesta de salud por entrevista con los registros de Atención Primaria. *Gac Sanit*. 1991; 27: 260-264.
- Sarig-Bahat H. Evidence for exercise therapy in mechanical neck disorders. *Manual Therapy*. 2003; 8 (1): 10-20.
- Saturno PJ, Mas CA, Parra HP, González BM, López SA, Llor EB, Gascón CJJ, Calle UJ. Análisis de los grupos focales en el proceso de elaboración de una encuesta post-hospitalización tipo informe, sobre la calidad percibida por el usuario. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 627.
- Saturno PJ. Métodos de evaluación de la calidad asistencial [prólogo a la edición española. En: Nutting P, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria: guía para clínicos. Barcelona: S. G. editores. 1991.

- Saturno PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet i Palomer. Monografías clínicas en Atención Primaria: Garantía de Calidad en Atención Primaria. Barcelona: Doyma. 1993.
- Saturno PJ. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia. 1997.
- Saturno PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: conceptos básicos. Unidad temática 1. Universidad de Murcia. 1999a.
- Saturno PJ. Diseño de estudios de nivel de calidad y la investigación de causas. Componentes de una evaluación. Manual de Master en Gestión de la Calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad temática 14. Universidad de Murcia. 1999b.
- Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad temática 19. Universidad de Murcia. 1999c.
- Saturno PJ. Exploración de expectativas y necesidades. Utilización de grupos focales y métodos de investigación cualitativa. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 26. Universidad de Murcia. 2000.
- Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Gestión de quejas y reclamaciones. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad.

Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 33. Universidad de Murcia. 2001a.

Saturno PJ. Encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas y encuestas tipo informe. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 34. Universidad de Murcia. 2001b.

Saturno PJ. Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia. 2001c.

Saturno PJ. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control de sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 37. Universidad de Murcia. 2001d.

Saturno PJ. Programas de monitorización externa de indicadores. Análisis de perfiles. Ajuste y estandarización de indicadores comparativos. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: programas externos. Unidad temática 39. Universidad de Murcia. 2001e.

Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.

Saturno PJ, Mas CA, Parra HP, González BM, López SA, Llor EB, Gascón CJJ, Calle UJ. Análisis de los grupos focales en el proceso de elaboración de una encuesta post-

hospitalización tipo informe, sobre la calidad percibida por el usuario. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 627.

Saturno PJ, Medina F, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón JJ. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(6):487-493.

Saturno PJ, Sánchez JA, y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER-S: El informe del usuario: Un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 1995; 5: 271-279.

Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, Van Tulder M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain a qualitative study. *Spine*. 2001; 26: E348-353.

Scott C. Research on mail surveys. *J R Stat Soc*. 1961; 24: 143-205.

Selby P, Robertson B. Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surv*. 1987; 6: 521-43.

Sheldon MG. *Medical Audit in general practice*. Londres: The Royal Collage of General Practitioners. 1982.

Sherbourne CD, Meredith LS. Quality of self-report data: a comparison of older and younger chronically ill patients. *J Gerontol*. 1992; 47 (4): S204-11.

Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*. 1976; 14: 377-91.

Siemiattycski JA. Comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health survey. *Am J Public Health*. 1979; 69: 238-245.

Signell H. Expectations of chiropractic patients: the construction of a questionnaire. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001; 24: 440-444.

- Silverman JL, Rodríguez AA, Agre JC. Quantitative cervical flexor strength in healthy subjects and in subjects with mechanical neck pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 1991; 72: 679-681.
- Simpson C, Boyd C, Carlson M, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *JAGS.* 2004; 52: 123-127.
- Singh J. What occurs once consumers complaint?. *European Journal of Marketing.* 1991; 25 (5): 30-46.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Sci Med.* 1997; 45: 1829-1843.
- Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ, O'Dowd TC. Patients' views of low back pain and its management in general practice. *Br J Gen Pract.* 1996; 46: 153-156.
- Sloop PR, Smith DS, Goldenberg E, Dove C. Manipulation for chronic neck pain. A double-blind controlled study. *Spine.* 1982; 7 (6): 532-535.
- Smith JA, Scammon D, Beck SL. Patient' perspective. Using patient focus groups for new patient services. *J Qual Improv.* 1995; 21(1): 22-31.
- Spitzer WO, Leblanc RE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. *Spine.* 1987; 7 Supl 1: 1-59.
- Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res.* 1993; 2: 287-295.
- Spreng RA, Mackoy RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing.* 1996; 72 (2): 201-214.

- Spreng RA, Olshavsky RW. A desires congruency model of consumer satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1993; 21 (3): 169-177.
- Stimson G, Webb B. *On going to see the doctor*. Routledge and Kegan Paul. London, UK. 1975.
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford Medical Publications. 1994.
- Swan JE, Trawick IF. Inferred and perceived disconfirmation in consumer satisfaction. *Marketing in the 80's*. Proceedings of the AMA Educators' Conference, Chicago. 1980. p. 97-101.
- Swan JE, Trawick IF, Carroll. Satisfaction related to predictive, desired expectations: a field study. *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining*. Hunt, H.K. y Day, R.L. (eds.), Indiana University Press, Bloomington, IN. 1982. p. 15-22.
- Taimela S, Takala EP, Asklof T, Sépala K, Parviainen S. Active treatment of chronic neck pain. *Spine*. 2000; 25 (8): 1021-1027.
- Takala J, Sievers K, Klaukka T. Rheumatic symptoms in the middle-aged population in southwestern Finland. *Scand J Rheumatol* 1982; 47:15-29.
- Taylor SA. Waiting for service: the relationship between delays and evaluations of service. *Journal of Marketing*. 1994; 58: 56-69.
- Taylor SA, Baker TL. An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers purchase intentions. *Journal of Retailing*. 1994; 70 (2): 163-78.
- Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction, theory and evidence. *Int J Quality in Health Care* 1995; 7: 127-141. *Comentado en Gaceta Sanitaria*. 1995; 9 (50): 283-286.
- Tolman EC. *Purposive Behavior in Animals and Men*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1932.

- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Baltimore: Williams Wilkins. 1983.
- Travernier C, Maillefert JF, Piroth C. Diagnostic et traitement des cervicalgies. *Encycl. Méd. Chir.* Elsevier, Paris-France. Appareil locomoteur, 14-365-A-10.1996.14p.
- Tretli S, Lund Larsen PG, Foss OP. Reliability of questionnaire information on cardiovascular disease and diabetes: cardiovascular disease study in Finmark country. *J Epidemiol Community Health.* 1982; 36: 269-273.
- Trunbull J, Hembree W. Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports. *Am J Med Qual.* 1996; 1: S42-S45.
- Tse DK, Wilton PC. Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research.* 1988. 25: 204-212.
- Universe of Florida patients with neck pain or injury. Florida Agency for Health Care Administration (AHCA). 1996.
- Van der Donk J, Schouten J, Passchier J, Romunde L, Valkenburg HA. The associations of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *J Rheumatol.* 1991; 18:1884-9.
- Van der Weide WE, Verbeek JH, Van Dijk FJ. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med.* 1999; 56: 488-93.
- Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L, Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine.* 2003; 12: 1290-9.
- Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc).* 1995; 104: 538-540.

- Vernon HT, Aker P, Burns S, Viljakaanen S, Short L. Pressure pain threshold evaluation of the effect of spinal manipulation in the treatment of chronic neck pain: a pilot study. *Journal of Manipulation and Physiological Therapeutics*. 1990; 13 (1): 13-16.
- Vila A, Llor C, Pelleja J. Análisis del valor intrínseco y potencial del uso farmacológico de las prescripciones efectuadas en un CAP. *Aten Primaria*. 1991; 303: 398-402.
- Vuori H. Quality assurance of health services. WHO, Regional Office for Europe, Geneva. 1982.
- Vuori H. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson: Barcelona. 1996.
- Wailing K, Jarvholm B, Sundelin G. Effects of training on female trapezius myalgia. *Spine*. 2002; 27 (8): 789-796.
- Walach H, G uthlin C, K onig M. Efficacy of massage therapy in chronic pain: a pragmatic randomized trial. *The Journal of Alternative and complementary medicine*. 2003; 9 (6): 637-646.
- Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*. 1999; 80: 621-8.
- Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *Am J Public Health*. 1981; 71: 620-625.
- Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988; 26 (4): 393-402.
- Ware JE, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care*. 1975; 13: 669-682.

- Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care*. 1988; 26: 383-392.
- Wensing M, Grol RSA. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Sci Med*. 1994; 38: 45-53.
- Westbrook RA. A rating scale of measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*. 1980; 44: 68-72.
- Westbrook RA. Sources of consumer satisfaction with retail outlets. *Journal of Retailing*. 1981; 57 (3):68-85.
- Westbrook RA. Consumer satisfaction and the phenomenology of emotions during automobile ownership experiences. *International Year in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Day, R.L. y Hunt, H.K. (eds.). Bloomington, IN: School of Business, Indiana University. 1982. p. 2-9.
- Westbrook RA. Product consumption-based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*. 1987; 24: 258-270.
- Westbrook RA, Oliver RL. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*. 1991; 18: 84-91.
- Westerling D, Jonsson BG. Pain from the neck-shoulder region and sick leave. *Scand J Soc Med*. 1980; 8:131-136.
- Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*. 1993; 7(2): 113-120.
- Wilkie WL. *Consumer Behavior*. New York: Wiley. 1986.

- William S, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Sci Med.* 1991; 33: 707-716.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept?. *Soc Sci Med.* 1994; 38: 509-516.
- Wilson G. Users and providers: different perspectives on community care services. *J Soc Policy* 1993; 22 (4): 307.
- Wilton PC, Tse DK. A model of consumer response to communication and product experiences. Working Paper. Berkeley: University of California. 1983.
- Wirtz J, Mattila A. Exploring the role of alternative perceived performance measures and needs-congruency in the consumer satisfaction process. *Journal of Consumer Psychology.* 2001; 11 (3): 1-192.
- Woodside AG, Frey LL, Daly RT. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing.* 1989; 9: 5-17.
- Yasin S. Detecting and improving compliance. Is concordance the solution?. *Aust Fam Physician.* 1998; 27: 255-260.
- Yi Y. A critical review of consumer satisfaction. In: Zeithaml VA (Ed). *Review of Marketing*, American Marketing Association, Chicago, IL. 1990.
- Yi Y. The determinants of consumer satisfaction: the moderating role of ambiguity. *Advances in Consumer Research.* 1993; 20: 502-506.
- Ylinen J, Takala EP, Nykanen M, Hakkinen A, Malkia E, Pohjolainen T, Karppi SL, Kautiainen H, Airaksinen O. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women. *JAMA.* 2003; 289 (19): 2509-2516.

- Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1993; 21: 1-12.
- Zhu K, Mcknight B, Stergachis A, Daling J, Levine R. Comparison of self-report data and medical records data: results from a case-control study on prostate cancer. *Internacional Epidemiological Association*. 1999; 28: 409-417.
- Zifko-Baliga GM, Krampf RF. Managing perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services*. 1997; 17: 28-35.
- Zybergold RS, Piper M. Cervical spine disorders. A comparison of three types of traction. *Spine* 1985; 10: 867-871.
- Zuckerman HS, Huntley JA, Waterbrook KJ. Effectiveness of patient care in primary care clinic. *Med Care*. 1980; 18 (10): 1001-12.

## **ANEXOS**





ANEXO 1. CARTA DE INVITACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
*Facultad de Medicina*

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_

Me dirijo a usted en relación con el estudio que estamos realizando en la Facultad de Medicina y en el Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la atención proporcionada a los pacientes con cervicalgia, en las unidades de fisioterapia de los centros de salud de la Región de Murcia.

Por este motivo, queremos invitarle a usted, junto con otros usuarios de su centro de salud, a participar en una reunión. El objetivo de esta reunión es intercambiar experiencias y opiniones sobre la asistencia que han recibido en su centro de salud. **Su participación es esencial para conocer de qué forma se puede mejorar la asistencia que se les presta.** A tal fin, le agradeceremos que nos dedique unos minutos de su tiempo.

Esta reunión se celebrará el **martes, día ----- de mayo**. Se iniciará a las **5 de la tarde** y finalizará a las **6:30** y se llevará a cabo en -----.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un reducido número de personas, el éxito de la reunión dependerá en gran medida de su participación en la misma. **Su opinión es muy importante para nosotros y contar con su presencia nos será de enorme utilidad.** Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono durante los próximos días.

Agradeciéndole por anticipado su colaboración, le saluda atentamente

Ana Belén Meseguer Henarejos  
Universidad de Murcia

Si desea alguna aclaración o información adicional, por favor no dude en llamar al teléfono 968367535, de 10 a 12 horas, donde le atenderemos gustosamente.



**ANEXO 2. CUESTIONARIO TIPO INFORME DEL PACIENTE**



**INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA RECIBIDA EN SU CENTRO DE SALUD**

**AYÚDENOS A MEJORAR**

Le agradeceríamos que contestara a las preguntas que contiene este cuestionario sobre la atención que se le ha dado en la Unidad de Fisioterapia de su Centro de Salud. El fin no es otro que **saber**, con su ayuda, **en qué debemos mejorar** la calidad de la asistencia que prestamos.

Este cuestionario tiene varios apartados o bloques. **Cada bloque** se refiere a un aspecto diferente de la asistencia: acceso, reconocimiento, tratamientos en el centro, alta, etc. Al responder a las preguntas piense siempre, por favor, en la asistencia que ha recibido **Usted**, y no en la que puede haber recibido otro familiar o conocido.

Sólo tendrá que señalar con una cruz (“X”) las respuestas escogidas, y una vez contestado **meta el cuadernillo en el sobre y entréguelo** en el mostrador de información del Centro de Salud o donde le diga su fisioterapeuta.

¡Quédese con el bolígrafo!

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN  
SU INFORMACIÓN NOS VA A SER DE GRAN UTILIDAD**

**AYÚDENOS A MEJORAR**

## BLOQUE A: ACCESIBILIDAD A FISIOTERAPIA

(Tache así  las respuestas adecuadas)

1. Cuando entregó el volante que le hizo su médico de cabecera para ir a Fisioterapia, ¿le dijeron aproximadamente el tiempo **que iban a tardar** en llamarle?

Sí.  No.

2. ¿Cuánto **tiempo** realmente **pasó** desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez?

- Pasó menos de 15 días.
- Pasó entre 15 y 30 días.
- Pasó entre 1 y 2 meses.
- Pasó más de 2 meses.

3. ¿Cree Usted que tuvo que esperar demasiado tiempo en lista de espera?

Sí.  No.

**BLOQUE B: 1ª VISITA DE RECONOCIMIENTO CON SU FISIOTERAPEUTA**

(Tache así  las respuestas adecuadas)

4. Cuando le avisaron por teléfono o carta para empezar con su fisioterapeuta ¿le dijeron **que llevara** el primer día las **radiografías** de su cuello para que las viera?

Sí.  No.

5. En su **primera visita**, ¿su fisioterapeuta le vio las radiografías de su cuello?

Sí.  No.

6. ¿Sobre qué aspectos **le informó** su fisioterapeuta durante esa primera visita de reconocimiento? Repase todas las opciones y señale todas las que le comentó:

\*Sobre los tratamientos que iba a hacer en el centro.  Sí.  No.

\*Sobre el tiempo aproximado que iba a estar en tratamiento.  Sí.  No.

\*Sobre las causas posibles de su dolor.  Sí.  No.

### BLOQUE C: TERAPIA EN EL CENTRO

(Tache así  las respuestas adecuadas)

7. Señale una X TODOS los aparatos que la ha puesto (si no los recuerda en este momento Intente verlo en algún informe que lo ponga).

*Aparato*

- |   |   |
|---|---|
| *Lámpara de luz roja ( <i>infrarrojos</i> )                           | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Microondas ( <i>foco de plástico que se queda cerca de la piel</i> ) | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Onda corta ( <i>parecido al anterior pero no da calor</i> )          | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Tracción ( <i>en mandíbula y tira del cuello</i> )                   | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Ultrasonidos ( <i>se pone con gel</i> )                              | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Corrientes tipo TENS ( <i>es pequeño y funciona con pilas</i> )      | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |

8. **Para tratarle** su cuello su fisioterapeuta, ¿utilizó sus **manos** para hacerle algún tipo de tratamiento?. Repase todas las opciones y señale todas las que considere.

- |   |   |
|---|---|
| *Para darle un masaje.                            | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Para estirarle los músculos del cuello u hombro. | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |
| *Para manipularle el cuello.                      | <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. |

9. Para recibir su tratamiento **se le ha citado a una hora** determinada en el centro. Normalmente, ¿empezaba su tratamiento a la hora que se le había citado o tenía que esperar para empezar?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Normalmente empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos. |
| <input type="checkbox"/> Normalmente tenía que esperar más de 15 minutos.               |

10. Durante el tiempo que cada día estaba en tratamiento, ¿tenía que esperar a que se **desocupara su fisioterapeuta o** estuviera libre **algún aparato** para que le hicieran lo que le tocaba?

- Sí, siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Casi nunca.
- No, nunca.

11. ¿Cree Usted que por esto pasaba más tiempo del necesario en el centro?

- Sí.    No.

12. En algún momento Usted mismo o con ayuda de otro paciente ¿**tuvo que ponerse** algún aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta?

- Sí.    No.

13. Díganos por favor, si tuvo alguna de las siguientes **impresiones** cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que Usted (puede señalar **más de una**):

- \*Todo me pareció normal y adecuado.  Sí.    No.
- \*Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había.  Sí.    No.
- \*Había mucho ruido de gente.  Sí.    No.
- \*Era difícil lograr comentar a solas con su fisioterapeuta cosas personales que me preocupaban.  Sí.    No.
- \*A veces creía que podía estar molestando a otras personas.  Sí.    No.
- \*Al fisioterapeuta no le daba tiempo de atender bien a todos los pacientes.  Sí.    No.
- \*Tenía poca intimidad a la hora de desabotonarme para que me pusiera algún aparato o me tocaran el cuello.  Sí.    No.

14. Díganos por favor si tuvo algunas de las siguientes **impresiones sobre las instalaciones** del centro (puede señalar más de una):

- \*Todo estaba en buenas condiciones.  Sí.  No.
- \*Estaba sucio.  Sí.  No.
- \*Pasé frío.  Sí.  No.
- \*Pasé calor.  Sí.  No.
- \*Tenía un aspecto destartado.  Sí.  No.
- \*No había una habitación o un espacio para desvestirse con intimidad.  Sí.  No.

15. ¿Ha recibido **consejos** sobre cuál es la **posición** más adecuada que debe tener el cuello y la cabeza para realizar determinadas actividades (leer, dormir, escribir, planchar....)?

- Sí.  No.

16. ¿**Ha realizado Usted** algún tipo de ejercicios **en el centro** durante el tiempo que ha estado en tratamiento en Fisioterapia?  Sí.  No.

17. ¿Qué **tipo** de ejercicios ha realizado? (Puede marcar más de una opción)

- \*Tipo A: Para mover y estirar los músculos del cuello u hombro.  Sí.  No.
- \*Tipo B: Para fortalecer los músculos del cuello: tirando de una goma o empujando contra mi mano o la de su fisioterapeuta.  Sí.  No.
- \*Tipo C: Ejercicios con los ojos.  Sí.  No.

18. Su fisioterapeuta, ¿**supervisaba** o controlaba cómo realizaba los ejercicios?

- Sí, siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Casi nunca.
- No, nunca.

19. ¿Se le dijo en algún momento que todos o alguno de los ejercicios los tenía que realizar **también en casa**?

- Sí.  
 No.

20. ¿Le dijeron qué **cantidad de repeticiones de cada ejercicio** que tenía Usted que realizar **cada vez** que los hiciera en su casa?.

- Sí.  
 No.

21. ¿Le dieron unas **hojas** donde aparecían la mayoría de los ejercicios que Usted tenía que realizar en su casa?

- Sí.  
 No.

22. ¿Qué tipo de **precauciones o cuidados** le indicó su fisioterapeuta que tuviera cuando realizara los ejercicios en su casa? Repase todas las opciones y señale todas las que le indicó:

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| *No debe realizar el movimiento que provoca dolor.                   | <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. |
| *Si duele en todos los movimientos debe dejar unos días de hacerlos. | <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. |
| *Ninguno.  | <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. |
| *Otros.  | <input type="checkbox"/> Sí. | <input type="checkbox"/> No. |

23. Su fisioterapeuta, ¿le **ha preguntado** si ha tenido alguna dificultad en la realización de los ejercicios en su casa?.

- Sí.  
 No.

**BLOQUE D: ALTA**

(Tache así  las respuestas adecuadas)

24. ¿Le han dado a Usted algún consejo sobre **qué hacer** en su casa **si le empeora** su dolor de cuello?

- No  
 Sí.

25. Con respecto al **tiempo que ha estado** en Fisioterapia, díganos ¿qué ha ocurrido en su caso?.

- \*Creo que he estado el tiempo necesario.  Sí.  No.  
\*Creo que me han dado el alta muy pronto.  Sí.  No.  
\*Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo.  Sí.  No.

26. ¿Le ha entregado su fisioterapeuta un **informe de alta**?

- No  
 Sí.

## BLOQUE E: VALORACIÓN GLOBAL

(Tache así  las respuestas adecuadas)

27. ¿Cree que todo **lo que le han hecho** en Fisioterapia ha sido **suficiente**?

- Sí.
- No.

28. ¿Durante su estancia en el centro **pudo comentar** con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?

- Sí, siempre.
- Casi siempre.
- A veces.
- Casi nunca.
- Nunca.

29. La **información** que le ha dado su fisioterapeuta, habitualmente ¿le ha sido **fácil de entender**?

- Muy fácil.
- Fácil.
- Regular.
- Difícil.
- Muy difícil.

30. Si tuviera que calificar de 0 a 10 su satisfacción con la atención recibida ¿qué nota pondría?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <b>Muy</b>               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <b>Muy</b>               |
| Insatisfactoria          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Satisfactoria            |

## BLOQUE F: INFORMACIÓN INDIVIDUAL

(Tache así  las respuestas adecuadas)

31. ¿Ha recibido Usted, **en los últimos doce meses**, Fisioterapia en su centro de salud?  
(sin incluir esta última vez que ha ido por su problema de cuello)

- No
- Sí.

32. ¿Ha recibido Usted en los últimos doce meses, asistencia de Fisioterapia o masajes en **centros privados**?

- No
- Sí.

33. ¿Cuáles son sus estudios realizados? (Señale los de más alto nivel alcanzado)

- Ninguno.
- Estudios Primarios (Bachiller Elemental ó E.G.B.).
- Bachiller Superior (ó B.U.P.).
- Artes y oficios o Formación Profesional.
- Diplomado Universitario.
- Licenciado Universitario.
- Doctorado o Master.

34. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes año

35. ¿Sexo?  Hombre  Mujer



**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**NOS ESTÁ AYUDANDO A MEJORAR**



**ANEXO 3. CARTA DE PRESENTACIÓN PARA EL CUESTIONARIO “INFORME DEL PACIENTE”**

Estimado paciente:

El Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia participa junto con otros Centros de Salud de la Región de Murcia en un estudio para saber cómo podemos mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes de estos Centros de Salud.

Por este motivo queremos invitarle a expresar su opinión sobre la atención que ha recibido en este Centro de Salud. Para ello le entregamos este cuestionario y le rogamos que lo conteste. Su información será tratada de forma confidencial y anónima.

Una vez contestado, sólo precisa cerrar el sobre con el cuestionario dentro y lo deposita en el buzón ubicado en el área administrativa del centro para este fin.

Dado que se han distribuido un número limitado de cuestionarios, si no recibimos dicho número de cuestionarios puede que le llamamos por teléfono para comprobar si ha habido algún problema, o es simplemente que no desea contestar. Le rogamos que lo haga. Su opinión va a ser muy útil para nosotros: nos ayudará a mejorar.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Fdo: Ana Belén Meseguer Henarejos  
Universidad de Murcia



#### ANEXO 4. RECORDATORIO TELEFÓNICO

Si al cabo de 2 semanas tras la entrega no se ha recibido la encuesta se realizará recordatorio telefónico. El contenido del discurso de esta llamada será más o menos:

Buenos días o buenas tardes. ¿Es el domicilio de .....? ¿Está?.

-Sí ¿se puede poner?.

-No.

Le llamo desde la Universidad de Murcia. Soy .....Le llamo en relación a un cuestionario que su fisioterapeuta le entregó en el que se le pedía opinión sobre la atención recibida en el centro.

#### OPCIONES:

**A) LO HA ENTREGADO YA:** ¿dónde?.....Se le dan las gracias por la importancia que tiene para nosotros su información. (en caso de que la persona seleccionada para contestar el cuestionario no estuviera o el familiar no nos proporciona una información segura, preguntar a qué hora podríamos llamar).

#### **B) NO LO HA ENTREGADO:**

1. ¿No ha tenido aún tiempo para contestarlo? o ¿lo ha contestado , pero aún no lo ha entregado?.

Si no lo ha contestado: para nosotros es muy importante conocer su opinión con relación a la asistencia prestada en el centro. Entiendo que en estos días estamos cansados de tantas encuestas pero le rogaría que lo

-contestase cuanto antes. Si no le importa en unos días 15 le llamo de nuevo por si ha tenido algún problema al contestarlo.

Si no lo ha entregado: le rogaría que lo entregase cuanto antes. ¿Sabe dónde lo tiene que entregar?.

2. Se le ha perdido. Se le pregunta si tiene inconveniente en que se le envíe uno nuevo y si no le importa le llamaremos de nuevo en unos días para comprobar si lo ha recibido y lo ha entregado en el centro de salud.



**ANEXO 5. HOJA DE MONITORIZACIÓN**

De \_\_\_\_\_  
**A la atención de Ana Belén Meseguer Henarejos**  
**Fax: 968-364189 Tel: 968-367535/4**

Nombre y apellidos del paciente	CÓDIGO Exclusión	Nº historia	Justificación exclusión (Deja asistir al centro, empeora)	Teléfono	Fecha entrega



**MEJORA  
DE LA CALIDAD  
ASISTENCIAL EN  
FISIOTERAPIA**



**UNIVERSIDAD DE  
MURCIA**

**Muchas gracias de antemano por su colaboración;**

**Su información nos va ser de gran utilidad**

**Departamento de Fisioterapia (Universidad de Murcia)**

**Nota: Para su comodidad, le hemos facilitado un bolígrafo junto con el cuestionario.**

**¡Puede quedárselo cuando termine de rellenarlo!**

## APARTADO 1. EN SU PRIMERA VISITA AL FISIOTERAPEUTA

(Señale así  las respuestas adecuadas)

1. ¿Cuánto **tiempo** realmente **pasó** desde que entregó el volante para ir al fisioterapeuta hasta que éste le vio por primera vez?

- Pasó menos de 15 días.
- Pasó entre 15 y 30 días.
- Pasó entre 1 y 2 meses.
- Pasó más de 2 meses.

2. ¿Cree usted que tuvo que esperar demasiado tiempo en lista de espera?

- Sí.
- No.

3. En su **primera visita**, ¿su fisioterapeuta le vio las radiografías de su cuello o espalda?

- Sí.
- No.

4. ¿Sobre qué aspectos **le informó** su fisioterapeuta durante esa primera visita de reconocimiento?

- \*Sobre el tiempo aproximado que iba a estar en tratamiento  Sí  No
- \*Sobre las causas posibles de su dolor  Sí  No

## APARTADO 2. ATENCIÓN PROPORCIONADA EN EL CENTRO

5. Para recibir su tratamiento **se le ha citado a una hora** determinada en el centro. Normalmente, ¿empezaba su tratamiento a la hora que se le había citado o tenía que esperar para empezar?

- Normalmente, empezaba a mi hora o esperaba menos de 15 minutos
- Normalmente, tenía que esperar más de 15 minutos

6. Durante el tiempo que cada día estaba en tratamiento, ¿tenía que **esperar a que se desocupara** su fisioterapeuta **o estuviera libre algún aparato** para que le hicieran lo que le tocaba?

- Siempre       Casi siempre       A veces       Casi nunca       Nunca

7. ¿Cree usted que por esto **pasaba más tiempo del necesario** en el centro?

- Sí.
- No.

7. En algún momento usted mismo o con ayuda de otro paciente ¿**tuvo que ponerse** algún Aparato por estar muy ocupado su fisioterapeuta?

- Sí.
- No.

9. Díganos por favor, si tuvo alguna de las siguientes **impresiones** cuando otras personas estaban tratándose al mismo tiempo que usted (puede señalar con una  más de una respuesta):

- \*Todo me pareció normal y adecuado  Sí  No
- \*Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había  Sí  No
- \*Había mucho ruido de gente  Sí  No
- \*Era difícil comentar a solas con su fisioterapeuta cosas personales que le preocupaban  Sí  No
- \*A veces creía que podía estar molestando a otras personas  Sí  No
- \*Al fisioterapeuta no le daba tiempo de atender bien a todos los pacientes  Sí  No
- \*Tenía poca intimidad a la hora de desabotonarme para que me pusiera **algún aparato o me tocaran el cuello.**  Sí  No

10. ¿Durante su estancia en el centro **pudo comentar** con su fisioterapeuta aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

11. ¿Su fisioterapeuta **le ha proporcionado** en alguna ocasión algún consejo sobre cuál es la posición más adecuada del cuello y la cabeza para realizar actividades (leer, escribir, planchar, ...)?

Sí.

No.

12. ¿Su fisioterapeuta le ha dado a usted algún **consejo** sobre qué hacer si empeora su dolor?

Sí.

No.

13. La **información** que le ha proporcionado su fisioterapeuta ¿le ha sido **fácil de entender**?

Muy fácil

Fácil

Regular

Difícil

Muy difícil

14. Su fisioterapeuta, ¿le **supervisaba o corregía** cómo realizaba los ejercicios?

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

15. Su fisioterapeuta ¿le ha preguntado si ha tenido **alguna dificultad en la realización** de los ejercicios en su casa?

Sí.

No.

### APARTADO 3. ALTA Y VALORACIÓN GLOBAL

16. Al final del tratamiento ¿Le ha **entregado** su fisioterapeuta un **informe** de alta?

- Sí.  
 No.

17. Con respecto al **tiempo que ha estado** en Fisioterapia ¿díganos que ha ocurrido en su caso?

- \*Creo que he estado el tiempo necesario  Sí  No  
\*Creo que me han dado el alta muy pronto  Sí  No  
\*Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo  Sí  No

18. ¿Cree que todo lo que le han hecho en Fisioterapia ha sido **suficiente**?

- Sí.  
 No.

19. Si tuviera que calificar de 1 a 10 su **satisfacción** con la atención recibida en Fisioterapia, ¿qué puntuación pondría?

<input type="checkbox"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Muy</b>									<b>Muy</b>
<b>insatisfactoria</b>									<b>satisfactoria</b>

#### APARTADO 4. INFORMACIÓN PERSONAL

20. ¿Ha recibido Usted, **en los últimos doce meses**, Fisioterapia en su centro de salud? (sin incluir esta última vez que ha ido por su problema de cuello)

- Sí.
- No.

21. ¿Ha recibido Usted en los últimos doce meses, asistencia de Fisioterapia o masajes **en centros privados**?

- Sí.
- No.

22. ¿ Cuáles son sus estudios realizados? (Señale los de más alto nivel alcanzado)

- Ninguno.
- Estudios Primarios (Bachiller Elemental ó E.G.B.).
- Bachiller Superior (ó B.U.P.).
- Artes y oficios o Formación Profesional.
- Diplomado Universitario.
- Licenciado Universitario.
- Doctorado o Master.

23. ¿Cuál es su año de nacimiento? 19\_\_\_\_\_

24. Sexo:     Hombre     Mujer

**Si ha tenido alguna dificultad para comprender** alguna de las preguntas de este cuestionario, por favor indíquenos los números de esas preguntas en el cuadro.

Nº de preguntas

Finalmente si en este cuestionario no le hemos preguntado por algún aspecto que **usted considere importante**, utilice este espacio para exponerlo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

 Proyecto Mejora de la Calidad en Fisioterapia Edificio C. 30.034 Campus de Espinardo. Universidad de Murcia
---

Por favor, no olvide introducir el cuestionario en un sobre y envíelo cuanto antes.

**¡ Muchas gracias por su colaboración!**

