

F. Medina i Mirapeix¹
A.B. Meseguer Henarejos¹
S. Navarrete Navarro²
P.J. Saturno Hernández²
J.F. Valera Garrido³
J. Montilla Herrador¹

¹Departamento de Fisioterapia.
Facultad de Medicina.
Universidad de Murcia. España.
²Unidad Docente de Medicina
Preventiva. Facultad de Medicina.
Universidad de Murcia. España.
³Fremap. Madrid. España.

Correspondencia:
Francesc Medina i Mirapeix
Departamento de Fisioterapia.
Facultad de Medicina
Universidad de Murcia.
Campus de Espinardo
30100 Murcia. España
Correo electrónico:
mirapeix@um.es

Fecha de recepción: 17/6/04
Aceptado para su publicación: 3/2/05

Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria

Patient's perception of quality for Physical Therapy in Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias y percepciones sobre la atención asistencial que reciben los pacientes con cervicalgia, que acuden a unidades de fisioterapia públicas, pertenecientes a la Región de Murcia, España.

Material y método: Estudio cualitativo mediante la técnica de grupos focales. Se realizó en tres unidades de fisioterapia a nivel de atención primaria, en donde se llevó a cabo un grupo focal en cada una de ellas. Las sesiones fueron grabadas en cinta magnetofónica y posteriormente transcritas. El análisis de cada grupo fue realizado de forma independiente por tres miembros del equipo y, posteriormente se realizó el acuerdo de la información definitiva.

Resultados: La organización fue la dimensión más identificada (19%), en concreto la organización de los horarios de atención, los problemas derivados de la desproporción entre demanda de consulta y número de fisioterapeutas, y la simultaneidad de tareas asistenciales y no asistenciales. El trato es la dimensión

ABSTRACT

Objective: To know the experiences and perceptions on the attention that the patients with neck pain receive in the physical therapy units, in Murcia.

Material and method: A qualitative investigation carried out using focal groups in three physiotherapy units at level of primary care where was carried out a focal group in each one of them. The sessions were recorded and transcribed for analysis. The analysis of each group was carried out, first independently by three members of the team and then jointly for a consent of the definitive information.

Results: The organization was the more identified dimension (19%), concretely the organization of the schedules of attention, the derived problems of the disproportion among consultation demand and physiotherapists number, and the simultaneity of tasks (assistance and not assistance). The treat is the less identified dimension (3% of the total). Among the centers similarity exists in the distribution of the statements for each dimension, except in the dimension waiting time

- 4 menos identificada (3 % del total). Entre los centros existe similitud en la distribución de las afirmaciones por cada dimensión, excepto en la dimensión “tiempo de espera” (que en el centro “A” corresponde al doble de afirmaciones que en el resto de centros), accesibilidad (menor en el centro “C”), e intimidad (también mayor en el centro “A”).
Conclusiones: La metodología de grupos focales, ofrece una perspectiva más amplia de aquellos aspectos identificados por los pacientes, para mejorar la calidad asistencial en fisioterapia. La información obtenida sobre las áreas más relevantes, puede servir en la elaboración de un cuestionario tipo informe del usuario que permita evaluar de forma válida, la frecuencia de problemas de calidad percibida, sobre el servicio asistencial que reciben.

PALABRAS CLAVE

Cervicalgia; Fisioterapia; Atención Primaria; Satisfacción.

(that in the center “A” it corresponds to double statements that in the rest of centers), accessibility (smaller in the center “C”), and intimacy (also bigger in the center “A”).
Conclusions: *The methodology of focus groups, offers a wider perspective of those aspects identified by the patients, to improve the quality in physical therapy. The information obtained on the most important areas, it can serve in the elaboration of the patient questionnaire to evaluate with validity, the frequency of problems of perceived quality, about the care service that they receive.*

KEY WORDS

Neck pain; Physical Therapy; Primary Health Care; Satisfaction.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se viene afirmando que no puede haber calidad, cuando la atención sanitaria y el estado de salud resultante, no cumplen con las expectativas del usuario. Por lo tanto la organización de los servicios sanitarios debe incluir entre sus objetivos, el conocimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes¹.

El usuario con sus valores, introduce aspectos nuevos que van más allá de los meramente científicos o técnicos y, además incluye un conjunto de relaciones entre profesionales de la salud, pacientes y gerencia. La participación del usuario se concreta, al señalar qué valores deben asignarse a los diferentes resultados del proceso asistencial, en otras palabras “qué resultados son importantes para él”²⁻³.

La comprensión de las percepciones de los usuarios del servicio permite reconocer aquellas dimensiones, identi-

ficables en su mayoría como cuestiones que miden accesibilidad, satisfacción o competencia profesional, según el problema de salud evaluado y el aspecto de la continuidad que se valore⁴. A su vez los requisitos de cada dimensión también pueden ser diferentes de acuerdo al tipo de enfermedad, tratamiento o acción preventiva. Por eso es necesario definir esos requisitos en cada servicio o grupo de pacientes⁵.

Una de las mejores formas de conocer esas opiniones es a través de la aplicación de la técnica de grupos focales, que se ubica dentro de la investigación cualitativa. Su finalidad es profundizar en las opiniones y percepciones de los participantes en los grupos, ayudando a explicar cómo se percibe una experiencia determinada⁶⁻⁸.

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son las dimensiones de la calidad del servicio asistencial, que tienen mayor importancia para los usuarios atendidos por

cervicalgia, en unidades de fisioterapia públicas de la Región de Murcia, en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Para tratar de responder al objetivo del estudio se utilizó la técnica de investigación cualitativa denominada grupos focales. El ámbito de estudio fueron tres unidades de fisioterapia, ubicadas cada una de ellas dentro de un centro de salud diferente y, localizadas dentro de la Región de Murcia. Dos de estas unidades son rurales y otra urbana y, cuentan con un fisioterapeuta cada una de ellas.

Participantes

La población estudiada estuvo formada por los pacientes con cervicalgia atendidos en alguna de las citadas unidades de fisioterapia. Se incluyeron sujetos entre 30 y 70 años que estuvieran recibiendo asistencia en alguna de las unidades en el momento de la realización de este estudio y que hubiesen realizado un mínimo de 10 visitas a fisioterapia, con el fin de que tuvieran una cantidad suficiente de experiencias. Para la identificación de los participantes, se utilizó el listado de pacientes que estaban siendo atendidos por cervicalgia en las unidades mencionadas.

Procedimientos

La convocatoria para participar en alguno de los grupos se hizo llegar al paciente a través de una carta de invitación y, se confirmó su asistencia de forma verbal. No se ofreció ningún tipo de incentivo o regalo por su participación.

Las reuniones se llevaron a cabo en locales públicos cercanos a la unidad de fisioterapia, y su horario se estableció en un día en que los pacientes tuvieran que acudir a tratamiento a la unidad de fisioterapia. Se establecieron ambas medidas, para evitar una pérdida importante de participantes, dado el ajustado número de pacientes con cervicalgia en cada centro.

Cada uno de los grupos focales fue dirigido por un moderador, éste era un miembro del equipo de investi-

gación y ajeno al ámbito de los centros de salud en los que se realizaron los grupos focales. El papel del moderador fue el de crear un clima agradable, mostrar interés, guiar la discusión suscitada y dejar hablar a los participantes. Cada reunión comenzó con la exposición de los objetivos de la reunión y con la solicitud del permiso para que la sesión pudiera ser grabada, al tiempo que se garantizaba la confidencialidad de las aportaciones individuales.

La moderación del grupo se basó en un guión previamente establecido por el grupo de investigación. El guión de la entrevista se construyó con preguntas ordenadas de acuerdo a las diferentes fases del proceso asistencial relacionado con cervicalgia. Las principales preguntas que contenía dicho guión fueron:

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?

Las discusiones provenientes de los grupos focales fueron grabadas en cinta magnetofónica y, posteriormente transcritas.

Análisis de los datos

El análisis del contenido de las transcripciones, se realizó de acuerdo al siguiente proceso: *a)* selección de las frases o “afirmaciones”; se separaron del texto de la transcripción, todas aquellas frases o afirmaciones que reflejaban temas emergentes. A estos fragmentos de texto les llamamos “afirmaciones”; *b)* definición de las categorías de análisis (dimensiones): La definición de las dimensiones, se realizó entre todos los investigadores mediante la comparación y la discusión de la selección de las

6

Tabla 1. Distribución de las afirmaciones obtenidas por la zona de ubicación del centro de salud (rural o urbana)

Zona	Número de afirmaciones	Porcentaje/total	Centros de salud	Número de participantes	Media de afirmaciones/participantes
Zona Rural	117	70,5	2	9	13
Centro "A"	67	40,4	1	4	16,7
Centro "B"	50	30,1	1	5	10,0
Zona Urbana	49	29,5	1	6	8,2
Centro "C"					
Total	166	100	3	15	11

frases realizada por cada uno de ellos, de acuerdo al mismo procedimiento realizado en una investigación previa realizada con usuarios de hospitales⁹, y *c*) asignación de las afirmaciones a distintas categorías de análisis (dimensiones): se dividieron y clasificaron todas las afirmaciones, de acuerdo a la dimensión a la que correspondían; el análisis de la información se realizó, tal y como recomiendan los expertos¹⁰, de forma independiente por tres miembros del grupo de investigación; este proceso de triangulación de la información se realizó para contrastar los resultados obtenidos y permitir asegurar la fiabilidad del proceso de análisis.

RESULTADOS

Aceptaron participar en los 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 1).

Del conjunto de las afirmaciones se identificaron un total de 10 dimensiones. A su vez dentro de la mayoría de las dimensiones se identificaron varios apartados o aspectos vinculados a ellas. Así por ejemplo para la di-

mensión de "tiempos 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 los ejemplos de las mismas por cada uno de sus apartados, aparecen en las tablas 2 y 3.

En la tabla 4 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 son las menos identificadas (en un 3 % del total de las afirmaciones).

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 4).

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

DISCUSION

En este estudio se observó que las dimensiones de mayor interés para los pacientes, son similares a las que

Tabla 2. Definición de las dimensiones identificadas

<i>Dimensión</i>	<i>Definición</i>
Accesibilidad	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
Calidad científico-técnica	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
Continuidad de la atención	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
Entorno físico e infraestructura	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
Información	Explicaciones y/o documentos que se dan al paciente o a sus familiares sobre el problema de salud o sobre el tratamiento
Intimidad	Sensación percibida por el paciente de que aspectos íntimos de su vida pueden ser vistos u oídos por personas diferentes al fisioterapeuta
Organización	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
Tiempo de espera	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
Trato	Forma del fisioterapeuta de dirigirse hacia el paciente o acompañantes
Trato discriminatorio	Forma favorable o desfavorable del fisioterapeuta hacia algunos pacientes

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 puntos de mayor importancia para los usuarios^{6-8,11}. Las dimensiones no identificadas con respecto a lo publicado en otros trabajos fueron: respuesta a las demandas del paciente y, empatía entre el profesional de la salud y el usuario.

La calidad científico técnica es percibida generalmente de forma positiva, sobretodo cuando se asocia con la realización de maniobras de exploración y la capacidad pronostica para los tratamientos. La información facilitada sobre el problema de salud es bien aceptada, aunque en algunas ocasiones se señala que resulta tan vaga como la proporcionada previamente por otros profesio-

nales. El aspecto más 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 accesibilidad y organización son las dimensiones mayormente criticadas. Respecto a la primera casi todas las afirmaciones se vinculan a la accesibilidad organizativa, en el sentido de conseguir la derivación desde el médico hacia el fisioterapeuta. Respecto a la segunda, la atención simultánea a varios pacientes se asocia a una serie de situaciones como saturación de la consulta, tiempos de espera prolongados, visitas de larga duración, inconsistencia en la información sobre el tratamiento y su seguimiento. Fruto de estas situaciones, es la falta de concordancia entre las expectativas que se forman los pacientes durante la primer visita, con respecto a la cali-

8

Tabla 3. Principales aspectos de las dimensiones y ejemplos de las mismas

<i>Dimensiones y sus aspectos</i>	<i>Ejemplos de frases significativas</i>
Accesibilidad	
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?”
Calidad científico-técnica	
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”
Continuidad de la atención	
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”
Entorno físico	
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”
Información	
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”
Intimidación	
Visual	“Aquí tenemos que desabotonarnos para ponernos los aparatos y no tenemos intimidación, 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”
Organización	
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”
Tiempo de espera	
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”
Trato	
Trato discriminatorio	“La fisioterapeuta es muy agradable y cuando le pregunto algo me responde muy bien, es excelente” “Primero las personas por accidente, nosotros nos quedamos sólo con aparatos y ejercicios, si quieres un masaje tiene que ser privado”

Tabla 4. Distribución de las afirmaciones obtenidas de acuerdo a cada dimensión

Nombre de la dimensión	Nº afirmaciones Centro "A" (rural)	Nº afirmaciones Centro "B" (rural)	Nº afirmaciones Centro "C" (urbano)	Afirmaciones Número y %
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 %)
Entorno físico	6	2	4	12 (7,2 %)
Intimidad	6	0	2	8 (4,8 %)
Trato	1	2	2	5 (3 %)
Trato discriminatorio	2	3	0	5 (3 %)
Total	67 (40,4 %)	50 (30,1 %)	49 (29,5 %)	166 (100 %)

dad de la atención asistencial que recibirán en las visitas subsecuentes^{7,8,11}.

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 estudio¹².

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 sobre calidad asistencial, además de que permiten conocer qué es lo que está influyendo en la percepción de la calidad de la población investigada^{12,13}.

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 asistencial⁶⁻¹⁴.

Este trabajo puede servir de base para el diseño de un cuestionario de calidad percibida tipo informe del usuario¹⁵, que permita identificar la relación entre los problemas de calidad y la satisfacción con el servicio recibido, en unidades de fisioterapia de la Región de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *Int J Qual Health Care*. 1995;7:127-141.
2. Saturno PJ, Quintana Q, Varo P. ¿Qué es la calidad? En: Saturno Hernández PJ, Gascón Canovas JJ, Parra Hidalgo P (eds). *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Dupont Pharma, S.A./Universidad de Murcia; 1997.
3. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role. *Qual Health Care*. 1992;1:247-51.
4. Richards T. Patients' priorities. *BMJ*. 1999;318:277.
5. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ*. 1999;318:916-9.
6. Kitinger J. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311:299-302.

F. Medina i Mirapeix
A.B. Meseguer Henarejos
S. Navarrete Navarro
P.J. Saturno Hernández
J.F. Valera Garrido
J. Montilla Herrador

Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia
en Atención Primaria

- 10**
7. Kitzinger J. The methodology of focus group: the importance of interactions between research participants. *Social Health Illness*. 1994;16:103-21.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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;284:478-82.
 11. 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.
 12. Prieto RMA, March CJC, López FLA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999; 24: 259-66.
 13. Picker Institute. Manual of designing patient feedback systems. Picker Institute, USA 1995.
 14. Barbour RS. Using focus groups in general practice research. *Fam Practice* 1995; 12: 328-34.
 15. Trunbull J, Hembree W. Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports. *Am J Med Qual* 1996; 1: S42-S45.