



Universidad de Valladolid



**Facultad
de Fisioterapia
de Soria**

FACULTAD DE FISIOTERAPIA DE SORIA

Grado en Fisioterapia

TRABAJO FIN DE GRADO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL SERVICIO
ASISTENCIAL EN FISIOTERAPIA EN EL SERVICIO PÚBLICO Y
PRIVADO Y ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES.**

Autora: Cristina Gonzalo Santa Cruz

Tutora: Sandra Jiménez del Barrio

Soria, 6 de Junio de 2017

ÍNDICE:

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4-6
2.1. JUSTIFICACIÓN	5-6
3. OBJETIVOS	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	7-10
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	7
4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	7
4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	7
4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	7
4.3. ÉTICA	7-8
4.4. VARIABLES DEPENDIENTES.....	8-9
4.5. PROTOCOLO DE ESTUDIO	9
4.6. PROCEDIMIENTO	9
4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	9-10
5. RESULTADOS.....	10-15
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	10-11
5.2. PRUEBAS DE NORMALIDAD	11
5.3. ANÁLISIS COMPARATIVO	11-15
6. DISCUSIÓN.....	15-19
6.1. DISCUSIÓN	15-18
6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	18-19
7. CONCLUSIÓN	20
8. BIBLIOGRAFÍA.....	21-24
ANEXO:	25-39
ANEXO I: DATOS DESCRIPTIVOS DEL SERVICIO PRIVADO.....	25-29
ANEXO II. DATOS DESCRIPTIVOS DEL SERVICIO PÚBLICO.....	30-34
ANEXO III. PRUEBAS DE NORMALIDAD.....	35
ANEXO IV: ANÁLISIS COMPARATIVO.....	36-39

1. RESUMEN:

Introducción: Con el fin de conocer el grado de satisfacción en el servicio de fisioterapia público y privado de los centros sanitarios de Burgos, se aplicaron cuestionarios validados. También resulta importante determinar las diferencias en los métodos actuales de tratamiento que son aplicados en ambos servicios, con el fin de describir y conocer la asistencia actual y satisfacción por parte de los pacientes en ambos sectores.

Método: Se diseñó un estudio transversal, observacional, analítico, descriptivo y comparativo, en el que participaron 51 pacientes (26 del servicio privado y 25 del público). Se midieron las variables dependientes en ambos centros: sexo, edad, profesión, región afectada, tiempo de derivación, técnicas empleadas, número de sesiones, duración de tratamiento, satisfacción, capacidad funcional y dolor post-tratamiento. Para analizar los datos estadísticos se empleó el programa estadístico SPSS.

Resultados: El grado de satisfacción fue superior en el servicio privado ($p < 0,001$). También hubo diferencias en cuanto a la lista de espera, siendo mayor en el sector público. En cuanto a la región afectada, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos centros ($p = 0,038$), encontramos como predomina más la afectación de los dedos en el servicio privado, mientras en el público, se encontraron más lesiones de rodilla. Por otro lado, destacar las diferencias en las técnicas de tratamiento, predominando la electroterapia en el servicio privado y el trabajo manual en el público.

Conclusión: Los resultados de este estudio, muestran que los pacientes tratados en el servicio privado están más satisfechos que los del servicio público, en cuanto al trato con el fisioterapeuta es similar en ambos centros. También se hace evidente que la lista de espera es mayor en el servicio público. En cuanto al tiempo de tratamiento y la duración de derivación, también son mayores en el sector público. Los resultados obtenidos de este estudio pueden servir de base a futuros estudios para poder abordar y mejorar la calidad asistencial en ambos sectores.

2. INTRODUCCIÓN:

La satisfacción es la diferencia entre las expectativas del paciente y lo que cree haber recibido, tanto en la atención sanitaria como en los resultados obtenidos de esa atención (1,2,4), incluyendo aspectos afectivos, cognitivos y emocionales, además de ser un indicativo de calidad de asistencia sanitaria (3). Sin embargo, existe mucha discusión entre autores sobre la definición de satisfacción, ya que éstos no coinciden en su significado empírico (3). Destacar que esta variable es subjetiva, ya que depende del propio paciente, así como de otros factores externos (lista de espera, atención médica, instalaciones del centro y materiales...) (4). Una vez descrita la satisfacción, podemos dividirla en satisfacción general, anteriormente definida, y satisfacción específica. Esta satisfacción específica, son las expectativas que el paciente tiene sobre un área determinada de tratamiento (2), por ejemplo, la fisioterapia, la cual se centra en la rehabilitación de lesiones que sufren las personas que acuden al servicio sanitario. Por ello, desde el punto de vista de fisioterapia, en el que se centra nuestro estudio, la satisfacción la podemos definir como las percepciones que el paciente tiene en relación a la intervención de fisioterapia y a los resultados obtenidos en el tratamiento, teniendo como objetivos, una mejor calidad de vida y alivio del dolor, que provoque así mayor complacencia al paciente (5).

La satisfacción es una variable que cada vez está siendo más estudiada por diversos centros, aunque aún hay poca información sobre esto. Esta variable se puede valorar a través de cuestionarios que hayan sido validados, evaluándola de forma útil y científica (1,4), además de tener apartados que sean más específicos, ya que generalmente la satisfacción global suele ser buena, pero en estos casos, se debería tener en cuenta, que muchos resultados pueden estar influenciados por la presencia de pacientes actuales (en tratamiento) que no dicen del todo lo que piensan por miedo a que sus respuestas les pueda repercutir. Por ello, sería más conveniente hacer cuestionarios anónimos y tras haber pasado un tiempo de su tratamiento (3). Los cuestionarios deberían incluir aspectos como la amabilidad del servicio, la información que se le brinda al paciente sobre su patología y las intervenciones que serán llevadas a cabo, la accesibilidad al servicio, así como también la calidad de la atención y de los resultados obtenidos (4).

El estudio de esta variable es muy importante, ya que favorece a que los centros puedan mejorar aquello en lo que los pacientes no están satisfechos y así poder conseguir mayor satisfacción, lo que favorecería a que los pacientes continuasen con los tratamientos y cumplieren con sus prescripciones (3), además de establecer una mejor relación con los profesionales presentes. Todo esto favorecería la calidad de la asistencia

sanitaria (2,3), pero para ello, habría que hacer una evaluación continuada, que permita obtener resultados válidos, tanto de los pacientes como de sus familiares o acompañantes (2). Por todas estas razones, cada día son más centros los que están estudiando y analizando la satisfacción (1), construyéndola con la ayuda tanto de la opinión de los pacientes (3,4) y de una correcta educación sanitaria, como del propio centro a través de correctas medidas socio-políticas (3).

Hay que tener presente el conocimiento de otros factores asistenciales, ya que podrían influir en la satisfacción percibida por los pacientes, como son: técnicas de tratamiento, duración de la patología, número de sesiones, lista de espera, que pueden ser importantes analizarlos de forma conjunta con la satisfacción. En un principio, y del cual se ve mucha influencia en que los valores de satisfacción sean bajos, es la larga lista de espera que nos encontramos en muchos centros públicos (1,2,4). También tener en cuenta, la personalidad de cada paciente, factor que también podría ser bastante influyente en las expectativas que éstos esperan, relacionándolo a su vez con la empatía del profesional y la confianza que se les brinde (1,2). Pero a pesar de estos factores, también hay factores más externos, como pueden ser las instalaciones del centro (4), ya que no es lo mismo un centro en buenas condiciones y con material suficiente, que una sala descuidada; el área administrativa (1) encargada de las citaciones, encontrando grandes diferencias entre el servicio público y privado, ya que en este último todos los procesos se ejecutan más rápido; el trato con los profesionales y la amabilidad con la que se les trate (4). Además, considerar el estudio de las técnicas de tratamiento y otras variables como son las patologías presentes que podrían ser relevantes, ya que no presentan la misma puntuación de satisfacción en cada caso, así como también analizar la capacidad funcional que los pacientes presentan al finalizar el tratamiento. Todos estos factores podrían influir en la satisfacción del paciente y en los resultados que se obtengan de todo el tratamiento (1,2).

2.1. JUSTIFICACIÓN:

Actualmente, como comenta Coralia Massip Pérez et al (2), la satisfacción es una variable de gran interés para los centros sanitarios. Tras algunos estudios encontrados, destacar como Erika Jaráiz, Nieves Lagares y María Pereira (3) argumentan que la satisfacción es una variable que está empezando a ser muy estudiada en estas últimas décadas, ya que su estudio supone una mejoría para el servicio sanitario. Sin embargo, para poder hablar de la satisfacción, también es necesario tener en cuenta otras variables y factores que podrían influenciar. Según Denise Fornazari de Oliveira et al (6), el principal

de estos factores es la lista de espera, predominante en el servicio público como hemos observado en la noticia publicada, el 15 de mayo del 2017, por el Colegio de Fisioterapeutas de Castilla y León (7). Pero además de esto, Tom Schaal et al (8) argumenta que también hay otros factores que podrían influir, como son la duración del tratamiento, además de otros muchos que encontramos en el artículo de Machado y Nogueira (9) y en el documento de “Los aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario” (4), los cuales serán desarrollados a lo largo de nuestro estudio. Sin embargo, también se deben valorar otros aspectos importantes, como son las variables de edad, sexo, nivel de escolaridad..., factores que pueden ser muy influyentes, como analizan María Rodríguez Mármol y Rafael Muñoz Cruz (1).

Por todas estas razones, podemos decir que la justificación a la elaboración de nuestro estudio, basado en el análisis de la satisfacción y de los factores que pueden ser influyentes en ella, se ha debido a la escasez de estudios presentes, especialmente, aquellos que comparasen la satisfacción entre el sector público y privado, buscando con este estudio, conseguir mayor información sobre la importancia de esta variable y su relación con otras variables y factores, viendo así el impacto que está teniendo en la sociedad actualmente.

3. OBJETIVOS:

- Medir el grado de satisfacción de los pacientes que son tratados en los servicios de fisioterapia.
- Describir las características de la asistencia en fisioterapia como son la lista de espera, número de sesiones, duración de derivación y de la patología, técnicas empleadas y también la capacidad funcional con la que los pacientes finalizan el tratamiento de fisioterapia.
- Comparar todos estos resultados entre el ámbito público y privado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio transversal, observacional, analítico, descriptivo y comparativo.

Este estudio fue llevado a cabo en el ámbito sanitario público (Hospital Universitario de Burgos) y privado (Mutua Universal de Burgos), en el campo de fisioterapia. Se aplicó a una población de 51 pacientes, llevándose a cabo durante los meses de febrero hasta finales de abril del 2017 en las prácticas curriculares del Grado de Fisioterapia de 4º curso.

4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 10 años que muestren una participación voluntaria con capacidad de comprender y leer las preguntas establecidas en los cuestionarios. Se requiere de consentimiento informado previo y en caso de ser menor de edad, el consentimiento será firmado por el tutor del niño.
- Presentar cualquier patología que sea tratada en los ámbitos mencionados anteriormente.
- Haber finalizado el tratamiento completo establecido.

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No haber terminado las sesiones de tratamiento prescritas.
- Haber sufrido alguna otra causa médica que haya interferido en su tratamiento.

4.3. ÉTICA:

Para la recolección de datos, comenzamos pasando un consentimiento informado (10) en el que el paciente firmaba voluntariamente la participación al estudio y a responder

las preguntas que se le planteasen, previamente habiendo sido comunicada la elaboración del estudio por el Comité de Ética de Castilla y León. Destacar también, como el estudio cumplió con los criterios de la declaración de Helsinki.

4.4. VARIABLES DEPENDIENTES:

Las variables dependientes que se tuvieron en cuenta en este estudio y las herramientas de medición para su valoración fueron:

- **Anamnesis del paciente:** edad, sexo, talla, índice de masa corporal, profesión, patología actual, región afectada, duración de la derivación y duración del tratamiento con el número de sesiones requeridas y técnicas específicas para cada tratamiento. Toda esta información se obtuvo a través de una ficha de exploración.

- **Dolor:** la escala EVA (escala visual analógica) (11), que nos permitió cuantificar subjetivamente el dolor de cada paciente.

- **Capacidad funcional:** en función de la región afecta se empleó el cuestionario determinado para cada caso, basados en la evidencia científica (12), específicos para cada patología (cervicalgias, lumbalgias, epicondilitis...), además de cuestionarios que nos permitieron valorar el grado de satisfacción del paciente después del tratamiento (13,14). Se calculó mediante la suma de los mismos aplicando las fórmulas correspondientes en cada caso para conocer el grado de afectación.

- ✓ Cervicalgias: cuestionario de Northwick Park (15).

- ✓ Lumbalgias: cuestionario de Roland-Morris (16) / índice de discapacidad de Oswestry (17).

- ✓ Fracturas/esguinces de tobillo: FAAM (Foot and Ankle Ability Measure) (18)

- ✓ Fracturas de dedos de la mano y lesiones en brazo: DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) (19)

- ✓ Esguinces de ligamentos de rodillas, artroplastias de rodilla, prótesis: IKDC 2000 (International Knee Documentation - Committee) (20)

- ✓ Epicondilitis: PREE (21)

- ✓ Lesiones de hombro: SPADI (Shoulder Pain and Disability Index) (22)

✓ Fracturas costales, patologías respiratorias y neurológicas: se empleó el cuestionario SF-36 (23), ya que no existe un cuestionario específico validado para este tipo de patologías, registrando así la capacidad funcional general.

- **Grado de satisfacción** con la escala de la mejora de impresión global validada al castellano (14) y la encuesta para valorar la satisfacción de los usuarios que participaron en el estudio (13).

4.5. PROTOCOLO DE ESTUDIO:

Las encuestas fueron realizadas en el horario de trabajo de fisioterapia, el cual abarca de las 8 a las 14 horas, bajo supervisión del tutor de prácticas, una vez finalizado el tratamiento completo.

4.6. PROCEDIMIENTO:

En primer lugar, una vez firmado el consentimiento se hicieron las preguntas de anamnesis, a través de una ficha de exploración. Posteriormente, pasamos la escala EVA (escala visual analógica) (11), que nos permitió cuantificar subjetivamente el dolor de cada paciente y unos cuestionarios basados en la evidencia científica, específicos para cada patología (12) (cervicalgias, lumbalgias, epicondilitis...), además de cuestionarios que nos permitieron valorar el grado de satisfacción (13,14) del paciente después del tratamiento.

4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los datos recogidos se analizaron mediante el programa estadístico (SPSS), a partir del cual obtuvimos los resultados. Para ello, se hizo un análisis descriptivo, donde se calculó la media y desviación típica de todas las variables de escala, así como la frecuencia de las variables nominales. Por otro lado, también se realizó un análisis comparativo de todas las variables entre el servicio público y privado, mediante los test paramétricos y no paramétricos correspondientes en función de la normalidad de cada variable de escala y mediante la prueba Chi-cuadrado para las variables nominales. Se consideró que había diferencias estadísticamente significativas entre ambos sectores cuando se obtenía un valor de significación $<0,05$, mientras que, si era superior a este, se consideraba que no

existía diferencia significativa. Con toda esta información obtenida, pudimos desarrollar la discusión del estudio, determinado la eficacia de unas técnicas u otras a través de la comparación con la evidencia científica y comparando los resultados de satisfacción entre el ámbito público y privado.

Debido a la disponibilidad de la temporalidad del estudio, no se pudo realizar el cálculo del tamaño muestral, por lo que se procedió a calcular el poder estadístico ($1-\beta$) mediante el programa G*Power, permitiendo determinar si el estudio realizado tenía validez o no. Para obtener este valor, se necesitó las medias de la variable satisfacción del servicio público y privado y la desviación estadística total del registro, obteniendo así el valor mínimo de la diferencia a detectar entre dos medidas (d) y a partir de este, se obtuvo el valor del poder estadístico ($1-\beta$).

5. RESULTADOS:

En el estudio participaron un total de 51 pacientes, 26 (51%) del servicio sanitario privado y 25 (49%) del servicio sanitario público.

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

En cuanto al análisis descriptivo, los valores medios de las variables de escala estudiadas y las desviaciones típicas se muestran en las tablas 1 y 3.

En cuanto a la variable sexo, observamos como en el servicio privado hubo un 69,2% de hombres y un 30,8% de mujeres (tabla 2, gráfico1), mientras en el servicio público, el porcentaje de hombres fue menor, siendo de un 44% y el de mujeres del 56% (tabla 4, gráfico 4).

En cuanto a la variable profesión, cabe destacar como en el servicio privado encontramos mayoría de trabajadores en fábrica (44,3%) (tabla 2, grafico 2), mientras en el servicio público predominaron los jubilados con un 44% (tabla 4, gráfico 5).

La edad fue muy similar en ambos sectores, teniendo una media de 46,19 años en el servicio privado (tabla 1) y 51 años en el sector público (tabla 3).

Por otro lado, también mencionar la variable de patología actual. En el servicio privado, podemos observar en la tabla 2 como la patología con un porcentaje más alto

corresponde a las fracturas. Sin embargo, en el ámbito público, la patología más destacada fue la prótesis de rodilla (24%) (tabla 4).

También se analizó la variable de región afectada, viendo como en el servicio privado predominó con un 26,9% los dedos (tabla 2, gráfico 3), mientras la rodilla (52%) fue más frecuente en el servicio público (tabla 4, gráfico 6).

Destacar como en el servicio privado, el dolor post-tratamiento tenía una media de 2,54 (tabla 1), mientras en el servicio público, la media fue de 1,90 (tabla 3), siendo 0 nada de dolor y 10 el dolor máximo.

Por último, la variable de capacidad funcional en el servicio privado fue de 40,36% de media (tabla 1), mientras en el sector público, la media fue de 49,29% (tabla 3), siendo el 100% la mejor capacidad funcional.

5.2. PRUEBAS DE NORMALIDAD:

También se analizó la normalidad de cada una de las variables estudiadas en cada uno de los grupos. Los resultados de dichas pruebas se encuentran en el anexo 3.

5.3. ANÁLISIS COMPARATIVO:

En el análisis comparativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre ambos centros, en las siguientes variables:

La duración de la patología ($p = 0,022$) (tabla 7) fue mayor en el público, con una media de 206 días, mientras en el privado la duración fue menor, siendo de 52,69 días (tabla 13).

En cuanto a la variable satisfacción ($p < 0,001$) (tabla 7), observamos cómo fue superior en el privado que en el público. Como hemos observado en las tablas 1 y 3 del análisis descriptivo, en el sector privado, la puntuación media obtenida de satisfacción fue de 140,62, mientras en el servicio público fue ligeramente menor, 129,96 (tabla 13), siendo el máximo de puntuación 154.

En cuanto a la duración de la derivación ($p < 0,001$) (tabla 8), se pudo observar cómo fue mayor en el servicio público, con una media de 133,72 días, comparándolo con el sector privado que tenía una media de 31,31 días de derivación (tabla 13).

El número de sesiones tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sectores ($p=0,027$) (tabla 8). Se pudo observar cómo fue mayor en el público, con una media de 35,96 sesiones, mientras en el privado fue de 16,69 sesiones (tabla 13).

La variable profesión ($p<0,001$) (tabla 9), también tuvo diferencias estadísticamente significativas entre ambos centros, ya que en el sector privado predominaba el trabajo en fábrica y en el público, destacaron los pacientes jubilados como hemos observado en el análisis descriptivo.

En cuanto a la región ($p=0,038$) (tabla 10). La diferencia entre ambos sectores fue, en el servicio privado, predominaron los dedos (tabla 2), mientras en el público, lo más frecuente fueron las lesiones de rodillas (tabla 4).

La variable patología tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos servicios ($p=0,019$) (tabla 11). En el sector público, predominaron las prótesis de rodilla (tabla 4), mientras en el privado, las fracturas de dedos (tabla 2).

En cuanto a las técnicas de tratamiento podemos observar cómo nos encontramos diferencias significativas en las siguientes (anexo 4):

- Mecanoterapia ($p=0,048$), siendo mayor su uso en el sector privado, ya que fue usado por 6 pacientes, mientras en el público su uso fue de 1 solo paciente (tabla 12).
- Propiocepción ($p=0,018$), predominando su aplicación en el público con respecto al privado, ya que se empleó en 7 pacientes del público y 1 del privado (tabla 12).
- El tratamiento de cicatriz ($p=0,016$) fue más usado en el sector público con 5 pacientes, mientras en el privado no se empleó (tabla 12).
- La electroterapia analgésica ($p<0,001$) predominó en el servicio privado con respecto al público. Tras la comparación, se pudo observar cómo se aplicó a 21 pacientes del servicio privado y a 3 del público (tabla 12).
- Las técnicas manuales ($p=0,010$) fueron más usadas en el servicio público que el privado. Se aplicaron a 21 pacientes del sector público y a 13 del privado (tabla 12).

- El trabajo voluntario y activo del paciente ($p=0,005$) era más usado en los centros públicos. La proporción de pacientes que lo practicó fue de 25 en el servicio público y 19 del privado (tabla 12).

- El uso del fortalecimiento ($p<0,001$) predominó en el sector público, con una aplicación en 22 pacientes, mientras en el centro privado, únicamente, fue en 5 pacientes (tabla 12).

- La aplicación de los TENS ($p=0,010$) fue mayor en el sector privado. Se aplicó en 10 pacientes, mientras solo 2 fueron tratados con TENS en el centro público (tabla 12).

- Los ultrasonidos ($p=0,011$) fueron más usados en el centro privado que en el público. Se aplicó a 6 pacientes del servicio privado y a ninguno del público (tabla 12).

- Los infrarrojos ($p=0,041$) predominaron en el servicio privado, con una aplicación en 8 pacientes, mientras en el público solo se aplicó a 2 pacientes (tabla 12).

- La magnetoterapia ($p=0,011$) fue más usada en el servicio privado. Se aplicó a 6 pacientes, mientras en el público no se usó (tabla 12).

- Por último, la cinesiterapia ($p=0,029$), siendo más usada en el sector público. Lo llevaron a cabo 19 pacientes, mientras en el privado lo aplicaron 12 (tabla 12).

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre grupos, en las siguientes variables:

La edad ($p=0,149$) (tabla 14). Como observamos en el análisis, la media de edad entre ambos servicios fue muy similar (tabla 13).

La talla ($p=0,114$) (tabla 14) tuvo medias muy similares entre ambos servicios (tabla 13).

El peso ($p=0,720$) como el IMC ($P=0,492$) (tabla 14), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sectores.

En el dolor post-tratamiento tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre un centro y otro ($p=0,741$) (tabla 8).

En la capacidad funcional ($p=0,865$) (tabla 7) y en la variable sexo ($p=0,069$) (tabla 15) no se encontraron, tras el análisis comparativo, ninguna diferencia entre servicios.

En cuanto a las técnicas de tratamiento no se encontraron diferencias en las siguientes (anexo 4):

- Masoterapia ($p=0,977$), siendo usada igualmente en ambos centros, 1 paciente en cada uno de ellos (tabla 12).
- Los ejercicios activos ($p=0,843$) no tuvieron diferencia estadísticamente significativa entre ambos sectores, ya que en el sector privado se usó en 9 pacientes y en el público se aplicó en 8 (tabla 12).
- Los estiramientos ($p=0,413$) se aplicaron en 4 pacientes del servicio privado y en 2 del público (tabla 12), por lo que no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas.
- La electroestimulación ($p=0,303$) la usó 1 paciente en el sector público y ninguno en el privado (tabla 12), por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos centros.
- En la crioterapia ($p=0,141$) tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios. En el privado no se aplicó, mientras en el público, la usaron 2 pacientes (tabla 12).

- Los contrastes ($p=0,141$) se aplicaron a 2 pacientes en el servicio público y a ninguno en el privado (tabla 12).

- El kinesiotaping ($p=0,977$) se usó en 1 paciente de cada servicio, por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 12).

- En la relajación ($p=0,303$) no hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que se aplicó en 1 paciente del centro público y no se usó en el privado (tabla 12).

- El microondas ($p=0,080$) se usó en 3 pacientes del servicio privado y en ninguno del público (tabla 12). Esto explica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios.

- El uso de corrientes interferenciales ($p=0,322$) no tuvo diferencias estadísticamente significativas, ya que en el servicio privado se aplicó en 1 paciente y en el servicio público no se aplicó a nadie (tabla 12).

- Por último, la reeducación de la marcha ($p=0,529$), en la cual tampoco hubo diferencias significativas entre ambos servicios. En el privado se usó en 1 paciente, mientras en el público, fue en 2 (tabla 12).

6. DISCUSIÓN:

6.1. DISCUSIÓN:

El objetivo de este estudio fue valorar la asistencia sanitaria en el ámbito público y privado y poder comparar entre ambos el grado de satisfacción.

En cuanto a la variable satisfacción se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo mejor la satisfacción obtenida en el servicio privado que en el público. Esta diferencia podría atribuirse a varias razones. En primer lugar, respecto a la lista de

espera, la cual fue mayor que en el servicio público (7). Esta gran lista de espera a su vez, ocasiona que el tiempo de derivación sea mayor como muestra la bibliografía (4,6,9). Estos resultados concuerdan con los nuestros, ya que, obtuvimos una mayor diferencia en cuanto a los días de derivación en el sector público, lo cual ocasionaba mayor insatisfacción en los pacientes. En segundo lugar, también es importante hablar de la duración del tratamiento, la cual es más duradera en el servicio público (8), habiendo más sesiones de tratamiento, aspecto que a muchos pacientes no les entusiasma porque les hace dejar una parte del tiempo de su día para acudir a rehabilitación, además de sentir que evolucionan más lentamente. En el servicio privado, sin embargo, el tiempo de derivación y la duración del tratamiento es menor que en el público, por la intervención de la empresa del propio paciente, cuyo objetivo es que el trabajador vuelva con un óptimo estado de salud lo antes posible a su puesto de trabajo y con el menor costo posible, es decir, se busca el mejor rendimiento para la empresa, la seguridad en el puesto y la salud del trabajador (24).

En cuanto a las técnicas de tratamiento observadas, en nuestro estudio encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios, mostrando como en el servicio público, los tratamientos fueron más continuos, individualizados, centrados en el trabajo manual principalmente, aspectos que hacían que el paciente estuviese más satisfecho y que hubiese mejor relación fisioterapeuta-paciente (4). Todos estos factores podrían haber contribuido a que la puntuación de la satisfacción hubiese sido diferente (8). Pero es importante saber también, que la satisfacción del paciente va a variar según el fisioterapeuta, el trato durante el tratamiento, la confianza que se establezca y la personalidad del propio paciente (4,6). En el estudio, si nos centramos en las preguntas del cuestionario que hacen referencia solo al trabajo de fisioterapia, podemos decir que las puntuaciones obtenidas en ambos grupos fueron similares, destacando que las diferencias principales estaban en el área médica y administrativa.

También, en cuanto a la variable de la patología actual hemos encontrado que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios. Tras analizar los resultados descriptivos, se pudo observar como el porcentaje más alto correspondía a fracturas, principalmente, fracturas de dedos en hombres. Estos resultados permiten justificar, que son porcentajes tan altos debido a que, en el servicio privado (mutua), suelen acudir pacientes que sufren accidentes laborales, destacando como en la mayoría de casos, fueron trabajadores de fábrica, lo que implica un mayor uso de las manos y por ello, este alto porcentaje de fracturas en los dedos (25). Sin embargo, por otro lado, en el

servicio público, predominaron más las prótesis de rodillas y las fracturas de hombro y muñeca. Estos resultados se pueden explicar gracias a que la mayoría de pacientes en este servicio fueron jubilados, personas que, debido a la edad, sufren más operaciones de este tipo (26), así como caídas más frecuentes (27).

En el análisis de las técnicas usadas durante el tratamiento también se obtuvieron diferencias significativas entre ambos sectores. Hablamos del uso de la electroterapia, las técnicas manuales y el trabajo activo del paciente, observando como en el servicio privado predominó el uso de la electroterapia, mientras en el sector público, se observó que las técnicas más usadas fueron las manuales y el trabajo voluntario del paciente, siendo la electroterapia mínimamente empleada en este sector. Con estos resultados, podemos determinar como en el servicio privado predomina el uso de aparataje (28), debido a la gran cantidad de pacientes que acuden al día, lo que implica que se usen técnicas que no requieran mucho tiempo para el fisioterapeuta, ya que así, se puede conseguir tratar a todos los pacientes, a diferencia de lo que ocurre en los servicios públicos, en los cuales, los tratamientos son más manuales y con mayor trabajo por parte del paciente, lo que genera mayor satisfacción en éstos (9), ya que tienen un tiempo de tratamiento individualizado (4).

Estas diferencias en las técnicas empleadas, lo podemos verificar tras el estudio de cada técnica por separado (TENS, ultrasonidos, magnetoterapia, infrarrojos, fortalecimiento, cinesiterapia...). Tras los resultados obtenidos en nuestro estudio, pudimos observar como dentro de la electroterapia: el uso de los TENS, magnetoterapia, ultrasonidos..., fue superior en el servicio privado que en el público. Sin embargo, el fortalecimiento, la cinesiterapia, la propiocepción..., predominó más en la rehabilitación pública.

En vista a los protocolos empleados cabe destacar que la evidencia actual muestra que las técnicas combinadas de electroterapia, trabajo manual y activo, son efectivas (29,30,31). Por ejemplo, en el tratamiento de la lumbalgia sería útil combinar el uso de corrientes interferenciales, TENS, magnetoterapia con masoterapia, estiramientos y ergonomía (29); en el tratamiento de fracturas ocurre lo mismo, está indicado la movilización precoz progresiva, los ejercicios que mejoren la fuerza muscular, los estiramientos de la musculatura afectada por la fractura (30), así como el uso de la magnetoterapia que ayude a consolidar el hueso (31). Estos son tratamientos alternativos que se podrían llevar a cabo en estas patologías, combinando ambas formas de tratamiento, buscando así, una recuperación más rápida y efectiva. Se han destacado

estos dos ejemplos, pero esta combinación se podría aplicar en el resto de las patologías que se han visto en el estudio.

Las variables antropométricas del estudio, como la talla, el IMC (índice de masa corporal) y el peso, son variables en las cuales no se encontraron diferencias entre un servicio y otro, ya que se trataba de población adulta con parámetros de normalidad, por lo que podríamos no atribuirle diferencias en ambos grupos. Destacar también, dentro de las variables antropométricas, la edad, sin diferencias significativas entre ambos sectores. Aunque sí se pudo observar como la media de edad fue algo superior en el servicio público, ya que nos encontramos con mayor número de jubilados, a diferencia de lo que ocurrió en mutua, donde acudían personas que se encontraban en el ámbito laboral. En cuanto al sexo de la muestra, fue otra de las variables en las que no hubo diferencias significativas. Acudían tanto mujeres como hombres por igual, aunque si la presencia de hombres fue mayor en el servicio privado, mientras en el público predominó el porcentaje de mujeres, pero esto no fue significativo. Si relacionamos la satisfacción con el género, podemos ver como por lo general, las mujeres suelen mostrar más satisfacción que los hombres (4).

El objetivo de ambos servicios en fisioterapia, es perseguir la recuperación completa y la ausencia de dolor para poder así volver a la vida diaria del paciente (5). Esto nos permite justificar como en este estudio, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ni en cuanto al dolor ni en cuanto a la capacidad funcional del paciente al finalizar el tratamiento.

Para poder llevar a cabo el estudio de esta variable, sería interesante conocer primero, las expectativas del paciente en relación a su tratamiento, la influencia del trabajo en el grado de satisfacción y determinar los factores que influyen en que haya o no satisfacción (2).

6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- El pequeño tamaño de la muestra que se obtuvo, debido a los pocos meses que duró el estudio, lo que nos impidió poder conseguir más número de altas.

- La variabilidad de los cuestionarios de capacidad funcional, ya que cada cuestionario tenía una forma de puntuar. Además de esto, destacar como hubo cuestionarios poco específicos para una patología concreta, es decir, englobaban cuestiones muy generales, lo que contribuyó a que los resultados no fuesen del todo válidos, siendo muy dispares en patologías de una misma región.

- La escasez de estudios similares a este, en los que se comparen los servicios públicos con los privados, hizo difícil analizar los resultados de las diferentes variables de este estudio.

7. CONCLUSIÓN:

Los resultados de este estudio nos permiten afirmar que:

- El grado de satisfacción global de los pacientes en el servicio asistencial de fisioterapia del sector público es mayor que el del privado. Respecto a la satisfacción en relación al trato con el fisioterapeuta no hay diferencias entre ambos sectores.
- Las principales patologías tratadas en el servicio privado son fracturas de dedos, mientras en el servicio público predominan las intervenciones quirúrgicas (prótesis de rodillas).
- En el servicio privado predomina el uso de la electroterapia, a diferencia de lo que ocurre en el servicio público, donde es más frecuente el uso de técnicas manuales y de trabajo activo del propio paciente.
- El número de sesiones de media de fisioterapia aplicadas en el sector privado es menor que en el sector público y el tiempo de derivación de los pacientes a fisioterapia es mayor en el sector público que en privado.
- El dolor que presentan los pacientes al finalizar el tratamiento de fisioterapia y la capacidad funcional son iguales en ambos sectores.

8. BIBLIOGRAFÍA:

(1) Rodríguez-Mármol M., Muñoz Cruz R. Factores relacionados con la satisfacción en consultas externas en Hospitales de Madrid. *Enfermería actual en Costa Rica* [revista en Internet] 2016 [citado 9 May 2017]; (32). Disponible en: <file:///C:/Users/Portatil/Downloads/23807-73126-1-PB.pdf>

(2) Massip-Pérez C., Ortiz-Reyes RM., Llantá-Abreu MC., Peña-Fortes M., Infante-Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. 2008. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm

(3) Erika Jaráiz., Nieves Lagares., María Pereira. Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política*. 2013; (32): 161-181. Disponible en: <file:///C:/Users/Portatil/Downloads/Dialnet-LosComponentesDeLaSatisfaccionDeLosPacientesYSuUti-4358980.pdf>

(4) Satisfacción. En: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario. p. 16-22. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasi cGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>

(5) Afinsyfacro. Fisioterapia y Rehabilitación [sede Web]. Madrid: Afinsyfacro; 2009 [acceso 23 May 2017]. Disponible en: <http://www.afinsyfacro.es/fisioterapiayrehabilitacion>

(6) Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol*. 2006; 69(5):731-6.

(7) CPFCYL. Más de dos meses de lista de espera para recibir rehabilitación en la sanidad pública [sede Web]. Madrid: CPFCYL; 2017 [acceso 25 May 2017]. Disponible en: <https://www.cpficyl.com/comunicacion/noticias/200/MAS-DE-DOS-MESES-DE-LISTA-DE-ESPERA-PARA-RECIBIR-REHABILITACION-EN-LA-SANIDAD-PUBLICA>

(8) Schaal T, Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction and their willingness to return after primary total hip replacement: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016; 17:330. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977730/>

(9) Machado, NP, & Nogueira, LT. (2008). Evaluation of Physical Therapy service user satisfaction. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 12(5): 401-408.

(10) Modelo consentimiento informado. Comité de ética de Ills Balears. Descargado de:<http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M1202130754482125887208&lang=ES&cont=57070>. Acceso: 24/02/2017

(11) Escortell-Mayor E. Efectividad de la Terapia Manual y de la Electroestimulación Nerviosa Transcutánea en la reducción del dolor en pacientes con cervicalgia mecánica: Ensayo clínico aleatorio en atención primaria [tesis doctoral en Internet]. Alcalá (Madrid): Universidad de Alcalá: Facultad de Medicina: Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales; 2011 [acceso: 24 Enero 2017]. p. 193 (pág. 46). Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/15341/19%2012%20Tesis%20ok.pdf?sequence=1>

(12) Castellet-Feliu E., Vidal N., Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. Trauma Fund MAPFRE. 2010; 21 (1): 34-43. Disponible en: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v21s1/pdf/02_04.pdf

(13) Anexos. En: Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. -. Lima-Perú: MINSA; 2012. P. 31-32. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2252.pdf>

(14) Steven J Kamper., Christ opher G Maher., Grant Mackay. Global Rating of Change Scales: A Review of Strengths and Weaknesses and Considerations for Design. J Man Manip Ther. 2009; 17 (3): 163-170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762832/>

(15) Pecos-Martín D. Dolor de cuello y cabeza y grado de discapacidad en relación con el uso del ordenador en la población universitaria [tesis doctoral en Internet]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá: Escuela de enfermería y fisioterapia; 2011 [acceso 28 Enero 2017]. p. 2-47. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9187/TFG_Abelaira_Mart%C3%A1Dnez_2011.pdf?sequence=1

(16) Kovacs FM., Llobera J., Gil del Real MT., Abraira V., Gestoso M., Fernández C., Kovacs-Atención. Validation of the Spanish version of the Roland Morris Questionnaire. Spine 2002; 27: 538-542. Disponible en: http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/evaluate_dolor_incapacidad/incapacidad/roland.asp

(17) Test de evaluación funcional de Oswestry. REV. MED. CLIN. CONDES. 2008; 19 (2): 152-166. Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_19_2/ENFERM_p9.pdf

(18) Martin R., Irrgang J., Burdett R., Conti S., VanSwearingen J. Evidence of Validity for the Foot and Ankle Ability Measure. Foot and Ankle International. 2005; 26 (11): 968-983. Disponible en: <http://www.aaos.org/uploadedFiles/PreProduction/Quality/Measures/Foot%20and%20Ankle%20Ability%20Measure.pdf>

(19) Hervás M T., Navarro-Collado M J., Peiró S., Rodrigo-Pérez J L., López-Matáu P., e Martínez-Tello I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin. 2006; 127(12):441-7.

(20) Vázquez-Doce A. Resultados objetivos, subjetivos y funcionales a largo plazo de la reconstrucción de ligamento cruzado anterior mediante plastia hueso-tendón-hueso patelar antóloga [tesis doctoral en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid: Facultad de Medicina: Departamento de Cirugía; 2010 [acceso 2 Feb 2017]. p. 1-153. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/4883/31760_vazquez_doce_aranza_zu.pdf?sequence=1

(21) Hernández- Sánchez et al. Spanish cross-cultural adaptation of de Patient Rated Tennis Elbow Evaluation Scale. 2013. Disponible en: <http://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Spanish-PRTEE.pdf>

(22) Williams JW Jr., Holleman DR Jr., Simel DL: Measuring shoulder function with the Shoulder Pain and Disability Index. J Rheumatol 1995; 22 (4); 727-732 http://rehabilitation.uchc.edu/docs/form_spadi.pdf

(23) Judith Celina Bernstein. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA [tesis doctoral en Internet]. UNLP (Universidad Nacional de La Plata): Facultad de Ciencias Médicas; 2010 [acceso 7 Feb 2017]. p. 169-179. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisDoctorales/16.pdf>

(24) Ley 31/1995. Prevención de riesgos laborales. 8 de noviembre, 1995. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

(25) Michel-Rollock CC. Incidencia de las lesiones traumáticas de la mano y la muñeca de origen laboral: estudio de calidad de vida [tesis doctoral en Internet]. Santander. Universidad de Cantabria: Facultad de Medicina: Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas; 2015 [acceso 4 May 2017]. p. 200 (pág.161). Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7437/TesisCCMR.pdf?sequence=1>

(26) Sánchez-Labraca MN. Eficacia del tratamiento precoz de fisioterapia durante la fase de hospitalización en pacientes con artroplastia total de rodilla [tesis doctoral en Internet]. Granada. Universidad de Granada: Facultad de Ciencias de la Salud: Departamento de enfermería; 2011 [acceso 4 May 2017]. p. 245 (pág.33). Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/18529/1/19956587.pdf>

(27) Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2754. [citado 4 May 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf

(28) Mutua Universal [sede Web]. Mutua Universal; 2017 [acceso 5 May 2017]. Equipos de rehabilitación de última generación. Disponible en: <https://www.mutuauniversal.net/es/servicios/modelo-asistencial/servicios-excelentes-de-medicina-avanzada/equipos-de-rehabilitacion/>

(29) Pérez-Castro D., Rojas del Campo L.H., Hernández-Tápanes S., Bravo-Acosta T., Bravo-Hernández O. Actualización sobre lumbalgias mecánicas agudas. 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2011/cfr112e.pdf>

(30) Lems WF., Dreinhöfer KE., Bischoff-Ferrari H., Blauth M., Czerwinski E., da Silva J., Herrera A., Hoffmeyer P., et al. EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures Ann Rheum Dis. 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28007756>

(31) Cano-Sánchez MA., Diez-García MA., León-Hernández SR., Estrada-Lobato E., Vega-González IF., Zavala-Ramírez J. Tratamiento de las fracturas no-unión y en el retardo de la consolidación con aplicación de la magnetoterapia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2002; 14: 26-30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf021e.pdf>

ANEXOS:

ANEXO I: DATOS DESCRIPTIVOS DEL SERVICIO PRIVADO.

Tabla 1. Valores descriptivos del servicio privado.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	26	29	63	46,19	8,644
Talla de la muestra	26	155	184	169,35	7,610
Peso de la muestra	26	38	108	73,12	16,135
IMC de la muestra	26	15	35	25,27	4,177
Duración derivación	26	1	102	31,31	25,295
Número de sesiones	26	4	65	16,69	12,629
Dolor Postto	26	0	6	2,54	1,555
Satisfacción	26	118	154	140,62	9,642
Capacidad Funcional	26	4	86	40,36	21,927
N válido (según lista)	26				

Tabla 2. Porcentajes de las variables estudiadas en el servicio privado.

Variables		Privado	
Sexo	Hombres	69,2%	
	Mujeres	30,8%	
Profesión	Fábrica	42,3%	
	Administrativo	7,7%	
	Conductor	3,8%	
	Limpieza	15,4%	
	Trabajo en tienda	15,4%	
	Trabajo manual intenso	15,4%	
Patología actual	Artroscopia rodilla	11,5%	
	Cervicalgia	3,8%	
	Contusión ósea muñeca	3,8%	
	Contusión ósea rodilla	3,8%	
	Epicondilitis lateral	11,5%	
	Esguince tobillo	3,8%	
	Fractura dedo	23,1%	
	Fractura tobillo	3,8%	
	Fractura hombro	3,8%	
	Fractura tórax	7,7%	
	Lumbalgia	3,8%	
	Luxación de hombro	3,8%	
	Rotura menisco	3,8%	
	Tendinitis muñeca	3,8%	
	Tenosinovitis de Quervain	3,8%	
Tenosinovitis dedo	3,8%		
Región afectada	Cervical	3,8%	
	Codo	11,5%	
	Dedo	26,9%	
	Hombro	7,7%	
	Lumbar	3,8%	
	Muñeca	11,5%	
	Rodilla	19,2%	
	Tobillo	7,7%	
	Tórax	7,7%	
Técnicas	Electroterapia	SI	80,8%
		NO	19,2%
	Trabajo manual	SI	50%
		NO	50%
	Trabajo paciente	SI	73,1%
		NO	26,9%



Gráfico 1. Valores descriptivos del sexo de la muestra en el servicio privado.

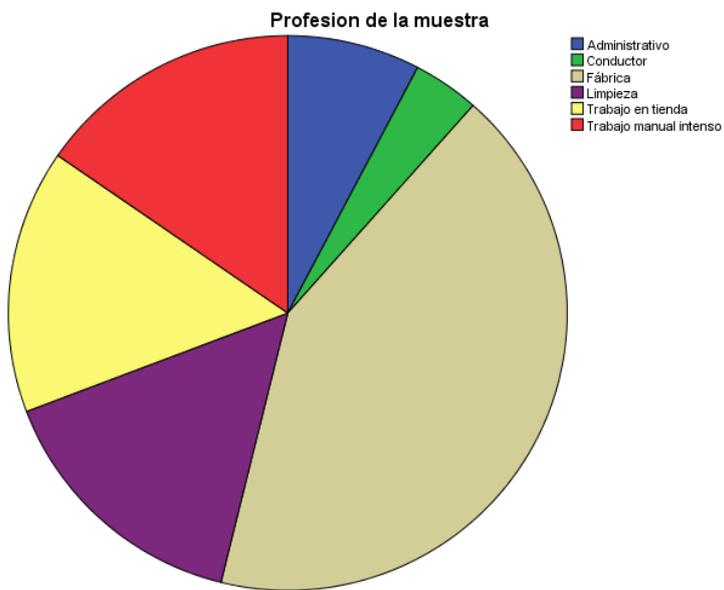


Gráfico 2. Valores descriptivos de la profesión de la muestra en el servicio privado.

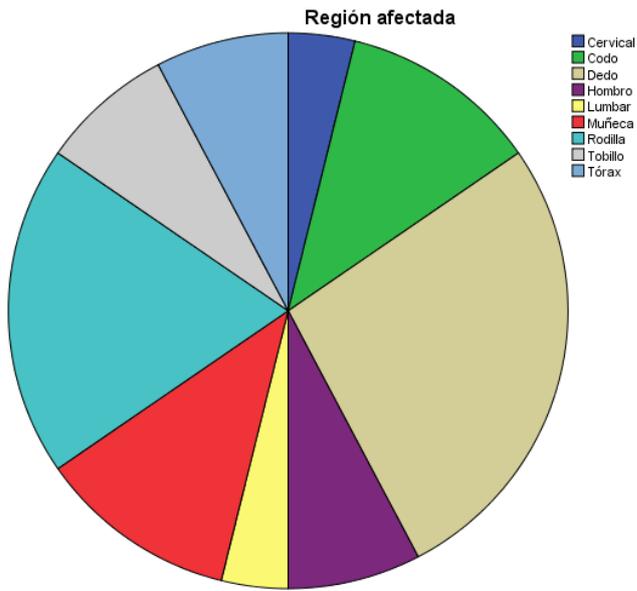


Gráfico 3. Valores descriptivos de la región afectada de la muestra en el servicio privado.

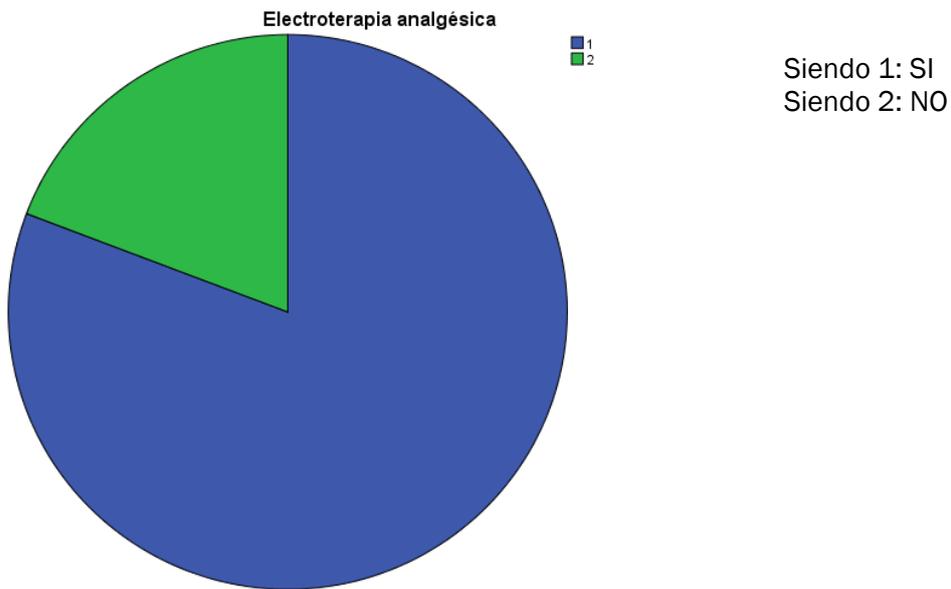


Gráfico 4. Valores descriptivos del uso de la electroterapia analgésica en el servicio privado.

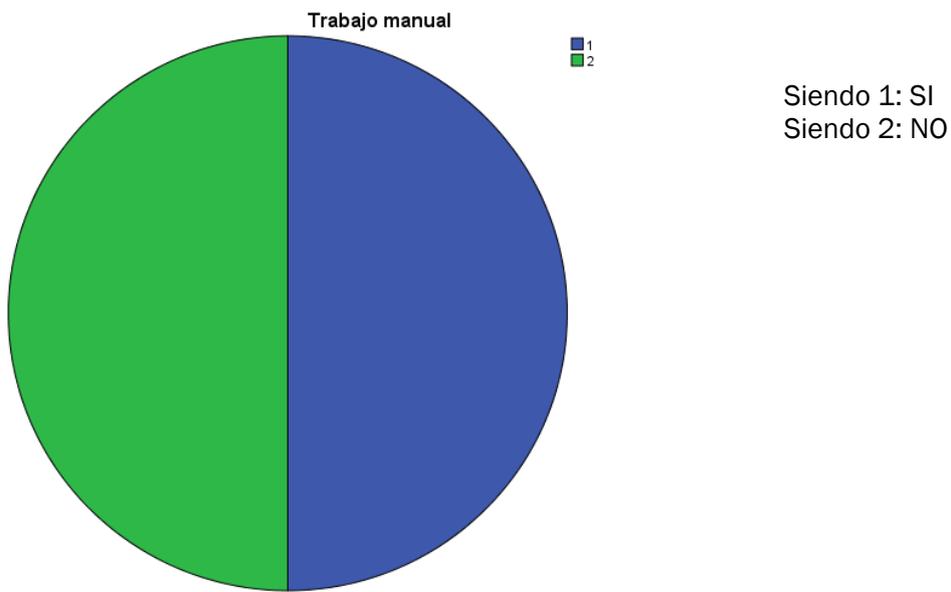


Gráfico 5. Valores descriptivos del uso del trabajo manual en el servicio privado.



Gráfico 6. Valores descriptivos del uso de trabajo activo del paciente en el servicio privado.

ANEXO II. DATOS DESCRIPTIVOS DEL SERVICIO PÚBLICO.

Tabla 3. Valores descriptivos del servicio público.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	25	14	86	51,00	22,441
Talla de la muestra	25	150	184	166,28	8,956
Peso de la muestra	25	53	90	71,72	9,663
IMC de la muestra	25	20	33	26,00	3,453
Duración derivación	25	2	715	133,72	178,418
Número de sesiones	25	5	143	35,96	27,917
Dolor Postto	25	0	8	1,90	2,041
Satisfacción	25	94	154	129,96	17,070
Capacidad Funcional	25	1	93	49,29	27,292
N válido (según lista)	25				

Tabla 4. Porcentajes de las variables estudiadas en el servicio público.

Variables		Público	
Sexo	Hombres	44%	
	Mujeres	56%	
Profesión	Administrativo	12%	
	Conductor	4%	
	Estudiante	16%	
	Jubilado	44%	
	Medicina	8%	
	Trabajo en tienda	12%	
	Trabajo manual intenso	4%	
Patología actual	Artroscopia rodilla	4%	
	Condromalacia rotuliana	12%	
	EPOC	4%	
	Esguince tobillo	4%	
	Fractura hombro	12%	
	Fractura muñeca	12%	
	Luxación rótula	8%	
	Luxación hombro	4%	
	Neuropatía	4%	
	Operación rodilla	4%	
	Prótesis rodilla	24%	
	Tendinopatía	4%	
Región afectada	Codo	4%	
	Hombro	20%	
	Ictus	4%	
	Muñeca	12%	
	Respiratorio	4%	
	Rodilla	52%	
	Tobillo	4%	
Técnicas	Electroterapia	SI	12%
		NO	88%
	Trabajo manual	SI	84%
		NO	16%
	Trabajo paciente	SI	100%
		NO	0%

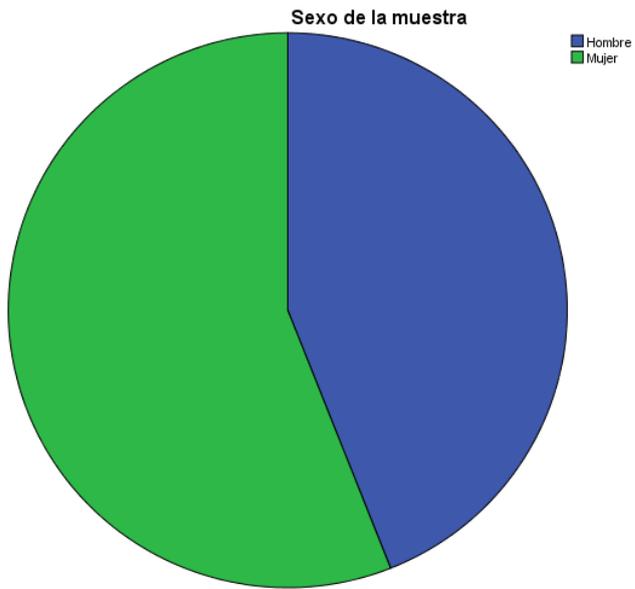
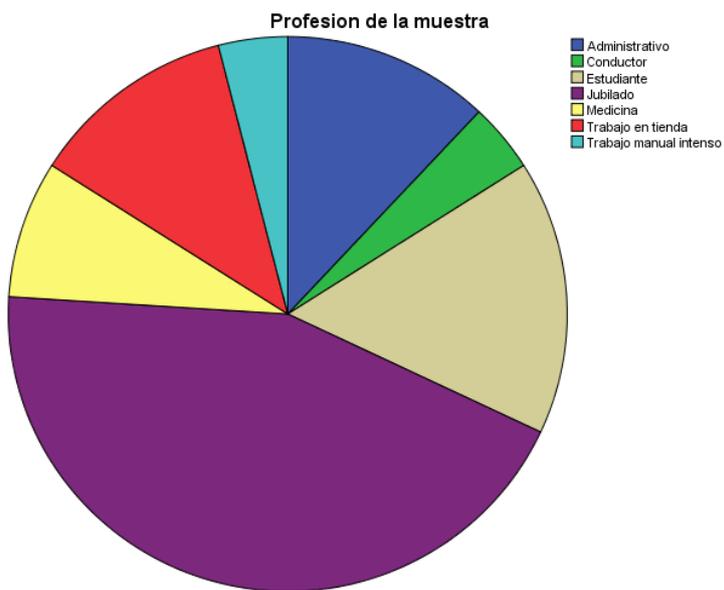


Gráfico 7. Valores descriptivos del sexo de la muestra en el servicio público.



Gráfica 8. Valores descriptivos de la profesión de la muestra en el servicio público.

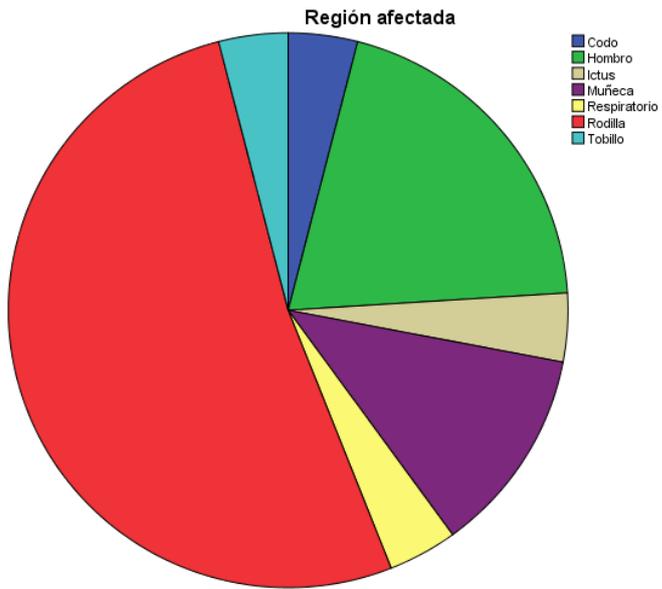


Gráfico 9. Valores descriptivos de la región afectada de la muestra del servicio público.

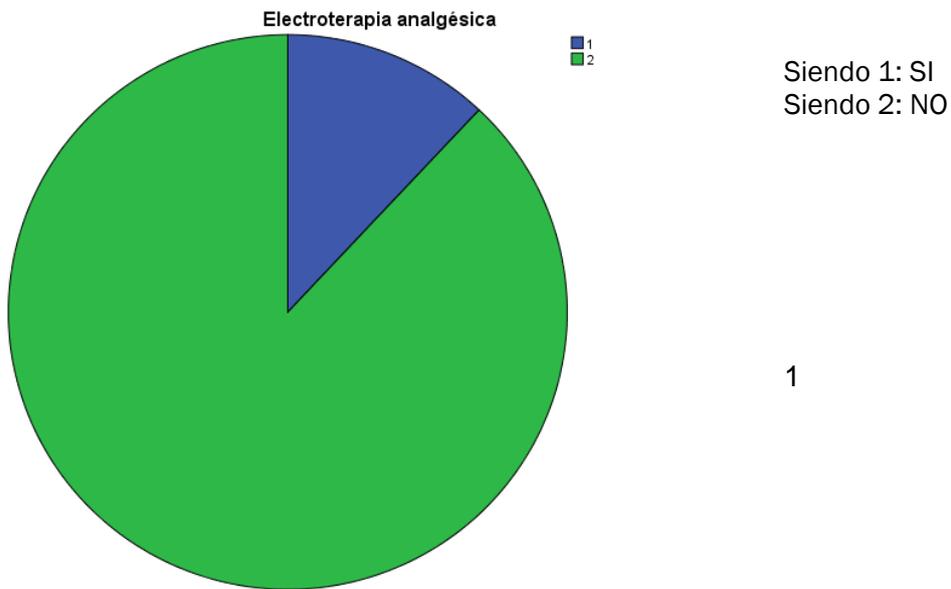


Gráfico 10. Valores descriptivos del uso de electroterapia analgésica en el servicio público.

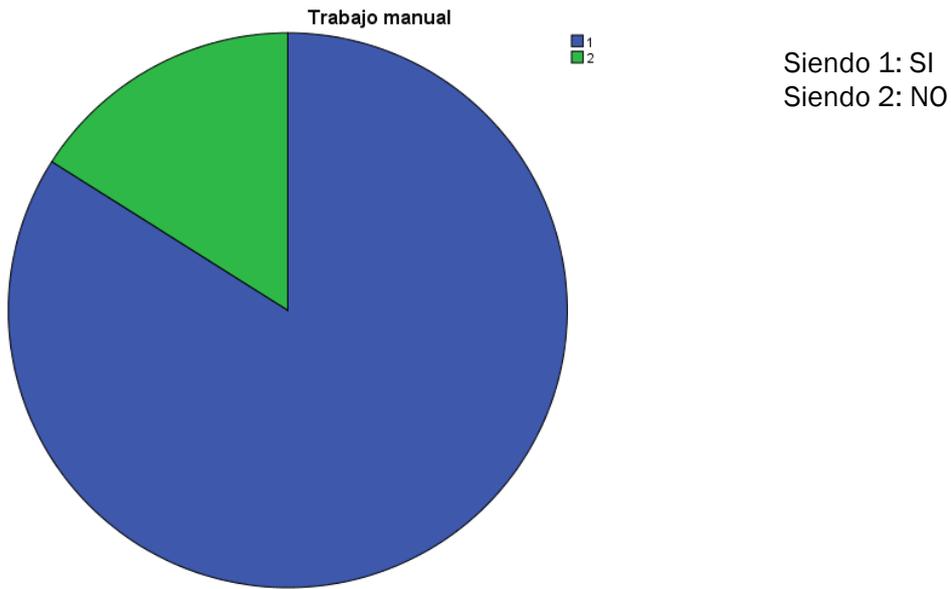


Gráfico 11: Valores descriptivos del uso de trabajo manual en el servicio público.



Gráfico 12. Valores descriptivos del uso de trabajo activo del paciente en el servicio público.

ANEXO III. PRUEBAS DE NORMALIDAD.

Tabla 5. Pruebas de normalidad del servicio privado.

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,121	26	,200*	,970	26	,626
Talla de la muestra	,120	26	,200*	,972	26	,671
Peso de la muestra	,085	26	,200*	,986	26	,966
IMC de la muestra	,125	26	,200*	,978	26	,820
Duración patología	,162	26	,079	,920	26	,045
Duración derivación	,229	26	,001	,838	26	,001
Número de sesiones	,235	26	,001	,762	26	,000
Dolor Postto	,174	26	,042	,951	26	,249
Satisfacción	,246	26	,000	,900	26	,015
Capacidad Funcional	,113	26	,200*	,956	26	,321

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 6. Pruebas de normalidad del servicio público.

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,171	25	,058	,918	25	,045
Talla de la muestra	,157	25	,114	,956	25	,337
Peso de la muestra	,117	25	,200*	,968	25	,606
IMC de la muestra	,073	25	,200*	,976	25	,805
Duración patología	,227	25	,002	,797	25	,000
Duración derivación	,240	25	,001	,744	25	,000
Número de sesiones	,185	25	,028	,763	25	,000
Dolor Postto	,240	25	,001	,799	25	,000
Satisfacción	,134	25	,200*	,951	25	,267
Capacidad Funcional	,140	25	,200*	,949	25	,241

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

ANEXO IV: ANÁLISIS COMPARATIVO.

Tabla 7. Resultados comparativos de las variables no paramétricas.

	Duración patología	Satisfacción	Capacidad funcional
U de Mann-Withney	52,500	204,500	316,000
W de Wilcoxon	403,500	529,500	667,000
Z	-5,136	-2,284	-,170
Sig.asintót. (bilateral)	,000	,022	,865

Tabla 8. Resultados comparativos de las variables paramétricas.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	I	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Duración derivación	22,037	,000	-2,898	49	,006	-102,412	35,341	-173,432	-31,393
			-2,843	24,928	,009	-102,412	36,027	-176,622	-28,203
Nº sesiones	5,196	,027	-3,196	49	,002	-19,268	6,028	-31,381	-7,154
			-3,154	33,143	,003	-19,268	6,108	-31,693	-6,843
Dolor postto	,111	,741	1,260	49	,214	,638	,507	-,380	1,657
			1,253	44,853	,217	,638	,510	-,388	1,665

Tabla 9. Pruebas Chi-cuadrado de la variable profesión.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,136 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	46,614	8	,000
N de casos válidos	51		

a. 14 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,98.

Tabla 10. Prueba Chi-Cuadrado de la variable región afectada.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,164 ^a	13	,053
Razón de verosimilitudes	28,898	13	,007
N de casos válidos	51		

a. 26 casillas (92,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

Tabla 11. Prueba Chi-Cuadrado de la variable patología actual

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,997 ^a	26	,019
Razón de verosimilitud	58,911	26	,000
N de casos válidos	51		

a. 54 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49.

Tabla 12. Rangos comparativos y prueba Chi-Cuadrado de técnicas de tratamiento.

Tratamiento		Privado	Público	Diferencia significativa (p)
Infrarrojos	SI	8	2	,041
	NO	18	23	
Cinesiterapia	SI	12	19	,029
	NO	14	6	
Fortalecimiento	SI	5	22	,000
	NO	21	3	
TENS	SI	10	2	,010
	NO	16	23	
US	SI	6	0	,011
	NO	20	25	
Microondas	SI	3	0	,080
	NO	23	25	
Interferenciales	SI	1	0	,322
	NO	25	25	
Magnetoterapia	SI	6	0	,011
	NO	20	25	
Reeducación marcha	SI	1	2	,529
	NO	25	23	
Mecanoterapia	SI	6	1	,048
	NO	20	24	
Propiocepción	SI	1	7	,018
	NO	25	18	
Masoterapia	SI	1	1	,977
	NO	25	24	
Ejercicios activos	SI	9	8	,843
	NO	17	17	
Estiramientos	SI	4	2	,413
	NO	22	23	
Electroestimulación	SI	0	1	,303
	NO	26	24	
Crioterapia	SI	0	2	,141
	NO	26	23	
Contrastes	SI	0	2	,141
	NO	26	23	
Kinesiotaping	SI	1	1	,977
	NO	25	24	
Cicatrices	SI	0	5	,016
	NO	26	20	
Relajación	SI	0	1	,303
	NO	26	24	
Electroterapia analgésica	SI	21	3	,000
	NO	5	22	
Técnicas manuales analgésicas	SI	13	21	,010
	NO	13	4	
Trabajo paciente	SI	19	25	,005
	NO	7	0	

Tabla 13. Rangos comparativos de las variables.

Variables		Privado (media)	Público (media)
Sexo	Hombres	69,2%	44%
	Mujeres	30,8%	56%
Edad		46,19	51
Talla		169,35	166,28
Peso		73,12	71,72
IMC		25,27	26
Duración patología		52,69	206
Satisfacción		140,62	129,96
Capacidad funcional		40,36	49,29
Duración derivación		31,31	133,72
Número de sesiones		16,69	35,96
Dolor post-tratamiento		2,54	1,90

Tabla 14. Pruebas comparativas de variables no paramétricas.

	Edad	Talla	Peso	IMC
U de Mann-Withney	248,500	241,500	306,000	288,500
W de Wilcoxon	599,500	566,500	631,000	639,500
Z	-1,443	-1,578	-,359	-,688
Sig.asintót. (bilateral)	,149	,114	0,720	,492

Tabla 15. Prueba Chi-Cuadrado de la variable sexo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,308 ^a	1	,069		
Corrección por continuidad ^b	2,359	1	,125		
Razón de verosimilitudes	3,344	1	,067		
Estadístico exacto de Fisher				,093	,062
N de casos válidos	51				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,78.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.