

Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación***Satisfaction of patients with cervical pain and low back pain in a rehabilitation service*****M. A. González Viejo, A. Oyarzabal, Z. Fernández Fernández de Leceta, J. Rotinen, N. Arrizabalaga, E. Ibáñez de Garayo****RESUMEN**

Fundamento. Son objetivos del presente trabajo: reducir el tiempo de espera para iniciar tratamiento de pacientes con lumbalgia/cervicalgia; conocer el grado de satisfacción de los pacientes al ser tratados mediante terapia en grupo; y determinar si existe correlación entre la satisfacción global, mejora del dolor e impacto sobre las actividades de la vida diaria.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional. Población a estudio: usuarios de las consultas de un hospital terciario y del centro de especialidades adscrito al mismo, que acudieron por dolor cervical/lumbar y que modificaron una serie de ejercicios en grupo. Período de estudio: del 1 de octubre de 2001 al 1 de abril de 2002. El instrumento de medida para valorar el dolor y discapacidad fue el cuestionario Von Korff del dolor lumbar, realizándose una adaptación del mismo para el dolor cervical. Análisis estadístico: test no paramétrico de Wilcoxon.

Resultados. Total de pacientes 273 (176 cervicalgias y 97 lumbalgias): 198 mujeres y 75 hombres. Edad media: 48,5 (20-81). La valoración subjetiva de los pacientes tratados en grupo mejoró en 72 sujetos ($p < 0,0001$) con cervicalgia y en 33 ($p < 0,001$) con lumbalgia. El dolor post-tratamiento fue significativamente mejor ($p < 0,001$) que el pre-tratamiento en ambos grupos. Su influencia en las actividades de la vida diaria no alcanzó significación estadística. La percepción de la información recibida fue positiva en el grupo cervical ($p < 0,05$).

Conclusiones. Tras la aplicación de diversas técnicas: disminuye el volumen y el tiempo de espera –determinantes de la satisfacción de estos pacientes–; se logra una buena aceptación del tratamiento grupal, mejorando el dolor. El grado de conocimiento sobre su patología sólo mejoró en el grupo cervical.

Palabras clave. Satisfacción. Dolor cervical. Dolor lumbar. Gestión.

ABSTRACT

Background. The aims of the present paper are: to reduce waiting time for treatment of patients with low back pain/cervical pain; to determine the degree of satisfaction of patients being treated by groups; and to determine whether there is correlation amongst satisfaction, improvement of pain and impact on the activities of everyday life.

Methods. Prospective observational study. Study population: users of the surgeries of a tertiary hospital and the specialties center attached to it, who attended surgery because of cervical/low back pain, and practiced a serie of exercises. Period of study: 1 October 2001 to 1 April 2002. The instrument of measurement used for evaluating pain and disability was the Von Korff questionnaire for low back pain, with an adaptation of this questionnaire for cervical pain. Statistical analysis: Wilcoxon's non-parametric test.

Results. Total number of patients 273 (176 with cervical pain and 97 with low back pain): 198 women and 75 men. Average age: 48.5 (20-81). The self perceived evaluation of the patients treated in a group improved in 72 subjects ($p < 0.0001$) with cervical pain and in 33 ($p < 0.001$) with low back pain. Post-treatment pain was significantly better ($p < 0.001$) than pre-treatment pain in both groups. Its influence on the activities of everyday life did not achieve statistical significance. Perception of the information received was positive in the cervical group ($p < 0.05$).

Conclusions. Following the application of different techniques: reduction in number of patients and waiting time – decisive factors in the satisfaction of these patients; a good acceptance of group treatment was obtained, ameliorating pain. The degree of knowledge of their pathology only improved in the cervical group.

Key words. Satisfaction. Cervical pain. Low back pain. Management.

An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (3): 379-388.

Servicio de Rehabilitación. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

Aceptado para su publicación el 11 de mayo de 2005.

Correspondencia:

Ana Oyarzabal Zulaica
Hospital García Orcoyen
C/ Santa Soria, 22
31200 Estella
Tfños: 848 435000/617 646759
E-mail: aoyaraz@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

El estudio de la satisfacción de los usuarios se considera una medida fundamental para la evaluación y mejora de gestión de procesos en los servicios sanitarios¹, por lo que su estudio e interpretación debe ser básico para una racionalización de los recursos sanitarios.

La satisfacción del paciente ha sido definida como el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados.

La coincidencia temporal de una serie de fenómenos como la variabilidad en la práctica clínica, la mayor información de los usuarios –gracias al acceso a medios electrónicos (Internet), que está cambiando la relación del usuario con el médico^{2,5}–, los propios avances tecnológicos y finalmente el propio sentimiento del paciente, que tiene una percepción de lo que debe ser la atención sanitaria, ha dado lugar a que los diferentes órganos de decisión sanitaria reclamen más y mejor información sobre el nivel de eficacia real de las tecnologías médicas, porque su impacto económico y social hace que las decisiones se tomen con mayor racionalidad.

La evaluación de la satisfacción de los usuarios es un mecanismo de planificación, gestión y asistencia sanitaria, que debe proporcionar una información objetiva y veraz a los tres niveles de decisión^{6,7}:

- Nivel macro donde está situada la administración.
- Nivel meso donde se sitúan los técnicos de la provisión, gestión y desarrollo de los programas.
- Nivel micro o de decisión clínica, que es el propio de los facultativos, que es donde se da el mayor consumo sanitario.

La valoración de la satisfacción de los usuarios proporciona, por tanto, una información subjetiva pero directa sobre el resultado final del proceso asistencial.

Para la administración sanitaria unos resultados satisfactorios pueden suponer, aparte de una disminución de reclamaciones y una mejora de su imagen ante la población, un nada desdeñable ahorro económico, ya que si los pacientes están

satisfechos con sus médicos es más probable que mejoren su adhesión al tratamiento, cumplan las recomendaciones y controles que se establezcan y, sobre todo, acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva.

En el ámbito sanitario podemos decir que esta preocupación por la opinión de los pacientes es reciente, y como consecuencia se ha dado un giro, asumiendo actualmente conceptos de empresa de servicios, donde la opinión del usuario es clave para orientar hacia el servicio de calidad.

La medida de la satisfacción de pacientes en los servicios de rehabilitación está por ahora escasamente evaluada en la literatura actual, aunque su estudio está en aumento⁸.

Existe evidencia de que conocer la satisfacción de pacientes en nuestros departamentos, servirá por un lado para continuar aplicando buenos servicios y tratamientos, para ayudar a crear nuevos programas terapéuticos que satisfagan al usuario y, por otra parte, está demostrado que si el paciente está satisfecho con los diferentes aspectos de un tratamiento aplicado, llevará al mejor aprovechamiento de éste y consecuentemente mejores resultados^{9,10}.

Dentro de los planes sanitarios, las cervicalgias y lumbalgias están consideradas como patologías de alta frecuentación y baja eficiencia terapéutica debido a su cronicidad y al elevado número de visitas sucesivas necesarias en su seguimiento.

Debido a lo anterior sería necesario por nuestra parte dar cada vez más información a la población a través de los *mass media* de la prevalencia, falta de gravedad y benignidad de los procesos, posibilidades terapéuticas de los mismos, para evitar demandas asistenciales exageradas y no acordes con la evidencia científica actual, todo ello dentro de una política sanitaria o plan de calidad de un Servicio de Rehabilitación. Es decir se trata de organizar sistemas complejos y gestionar los mismos, porque como decía el matemático y filósofo Henry Poincaré, primer inductor de la teoría de los sistemas com-

plejos y caóticos¹¹ que se define como el "efecto mariposa"... una causa muy pequeña que escapa a nuestros sentidos, puede determinar efectos tan grandes que no pueden predecirse y entonces decimos que este efecto se debe al azar.

La moderna teoría del caos ha tratado de superar esta visión y aprovechar las características de las dinámicas caóticas y complejas para tomar ventaja de sus particularidades, siendo esto lo que deberíamos hacer ante estas patologías que pueden arruinar el desarrollo y futuro de nuestros servicios y de nuestra especialidad en este entorno.

Uno de los ejemplos de manejo de estas situaciones es la gestión de empresas, donde es posible hacer cuidadosas perturbaciones para dirigir el sistema entero hacia estados deseados de futuro, los objetivos de la empresa, o para optimizar el esfuerzo logrando determinados objetivos¹², que igualmente puede adaptarse a nuestra actividad profesional dentro de la rehabilitación^{8, 13}.

Los objetivos del presente trabajo son: conseguir un plan de calidad en la atención a los procesos asistenciales de alta prevalencia que permitiera:

- Reducir los tiempos de espera para iniciar tratamiento.
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes tratados en grupo.
- Determinar la mejoría de la sintomatología y su impacto sobre las actividades de la vida diaria (AVD).

Si los resultados fueran satisfactorios se puede concluir que son una buena medida a aplicar, como parte integral en la gestión de procesos de los servicios de rehabilitación, porque las reformas en el suministro de los servicios deben evaluarse en función de todos aquellos criterios que atañen no sólo a las mejoras asistenciales, sino también a la satisfacción de los ciudadanos, satisfacción de profesionales y de sostenibilidad económica.

En resumen, el fin del estudio es por tanto la evaluación de una tecnología sanitaria, para facilitar la tarea de dar prioridad a las prestaciones, ofreciendo seguridad, efectividad e indicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio prospectivo observacional con una muestra de 273 pacientes: 176 cervicalgias y 97 lumbalgias, de los cuales 198 son mujeres y 75 son hombres, con un rango de edad situado entre 20 a 81 años y una media de 48,5 años.

La población de referencia del estudio son los usuarios de las consultas de un hospital general de tercer nivel (Hospital Virgen del Camino) y de un centro de especialidades adscrito al mismo (Conde Oliveito) en Pamplona.

Población asignada: 276.000 habitantes. Seleccionamos la muestra según un criterio temporal, incluyendo a pacientes que acudieron a nuestras consultas externas con dolor lumbar o cervical en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2001 y 1 de abril de 2002.

Se incluyeron en el estudio a los pacientes que referían dolor lumbar o cervical de características mecánicas, sin irradiación a extremidades superiores o inferiores, con edad superior a 21 años, que tuvieran un nivel cognitivo que les permitiera comprender un texto escrito y responder a las preguntas del cuestionario.

Asignamos los pacientes con dolor cervical a un grupo denominado cervical y los pacientes con dolor lumbar a un grupo denominado lumbar.

VARIABLES DE ESTUDIO

Se estudiaron las variables: intensidad del dolor cervical y lumbar y su influencia en AVD, edad, sexo, percepción sobre el tiempo de espera para tratamiento, adecuación del tratamiento global y en grupo, calidad de la información ofrecida en el Servicio, días de espera para el tratamiento, tipo de electroterapia, tipo de termoterapia,

El instrumento de medida para valorar el dolor y discapacidad fue el cuestionario Von Korff¹⁴ (Anexo 1) del dolor lumbar, realizándose una adaptación del mismo para el dolor cervical.

Éste puede ser autoadministrado y ofrece información sobre la intensidad del dolor crónico y la incapacidad percibida.

Consta de 7 categorías. En 3 de ellas se valora la intensidad del dolor y en las otras 4 categorías se evalúan los aspectos relacionados con la incapacidad en los 6 meses anteriores. Se precisan unos 5 minutos para que el paciente lo complete.

La cumplimentación del cuestionario se realizó en dos ocasiones: la primera el día que fueron atendidos en el área terapéutica, antes de empezar el tratamiento y la segunda, el día que terminaron el tratamiento, después de finalizado el mismo.

El tratamiento consistió en ejercicios de grupo para tonificación y potenciación muscular en ambos grupos y ejercicios de estiramiento en los pacientes con dolor cervical.

En cuanto a las técnicas de flexibilización, se ha realizado cinesiterapia activa de columna vertebral, respetando la regla de no dolor, la tolerancia de la amplitud y la vigilancia de cada gesto.

La musculación se realizaba en ejercicio isotónico para músculos abdominales más que los paravertebrales, en éstos se realizaba alternancias con estiramientos. Los ejercicios isométricos realizados al nivel de abdominal se mantenían de 5 a 8 segundos, en apnea y siempre en condiciones aeróbicas. Los ejercicios isotónicos de abdominales se realizaban previa báscula y bloqueo pélvico.

La potenciación de la musculatura paravertebral se realizó desde una posición corregida de decúbito supino hasta una elevación del tórax del plano horizontal.

El estiramiento sólo se realizó en los afectos de dolor cervical mediante una elongación mantenida durante 6-8 segun-

dos, tras 3-4 segundos de contracción isométrica. La maniobra se repetía 5 veces.

En algunos casos se asoció algún tipo de electroterapia como: interferenciales, iontoforesis, galvánicas, farádicas y TENS; y/o algún tipo de termoterapia: microondas, hidrocollator, onda corta, infrarrojos y ultrasonidos (Tabla 1).

Análisis estadístico

Se utilizó un programa de tratamiento estadístico de los datos (SPSS versión 11.0 para Windows) realizando un análisis descriptivo, una prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para comparar las categorías del test de Von Korff antes y después del tratamiento. También se efectuó una prueba de Chi-cuadrado para comparar la percepción de la información recibida antes y después del tratamiento y entre grupos de tratamiento. En ambas pruebas consideramos un valor de significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

El grupo cervical constaba de 176 sujetos; 128 mujeres (73%) y 48 hombres (27%) y el lumbar de 97 sujetos, siendo 70 mujeres (72%) y 27 hombres (28%).

La reducción del tiempo de espera para iniciar tratamiento en grupo fue de $4,8 \pm 2$ días respecto al tratamiento individual, siendo en el grupo cervical de $35,8 \pm 23,9$ con un rango de 1-100 días y en el grupo lumbar de $34,6 \pm 21,2$ con un rango de 0-90 días.

Se valoró el grado de adecuación del tratamiento en grupos pre y post-tratamiento del dolor cervical (Fig. 1): antes de

Tabla 1. Tratamientos de terapia física efectuados.

Grupo Cervical		Grupo Lumbar	
Técnicas	Nº/(Porcentaje)	Técnicas	Nº/(Porcentaje)
Interferenciales	47 (26,7%)	Microondas	66 (37,5%)
Iontoforesis	4 (2,3%)	Hidrocollator	52 (29,5%)
Galvánicas	4 (2,3%)	Onda corta	14 (8%)
TENS	4 (2,3%)	Infrarrojos	1 (0,6%)
		Ultrasonidos	5 (2,5%)

iniciar el tratamiento en grupo, el 37,2% (n=64) considera muy adecuada esta forma de tratamiento. El 7,6% (n=13) lo considera poco adecuado, el 0,6% (n=1) nada adecuado y el 54,7% (n=94) respondió no sabe. Después de recibir el tratamiento en grupo, el 73,5% (n=125) lo consideró muy adecuado; 8,8% (n=15) poco adecuado, el 2,4% (n=4) nada adecuado y 15,3% (n=26) respondió que no sabía.

Mediante el análisis del test de los rangos de Wilcoxon se objetivó que 72 sujetos mejoraban su respuesta respecto a la bondad del tratamiento en grupo, con significación estadística ($p < 0,0001$), repitiendo su respuesta 92 sujetos.

En el grupo lumbar (Fig. 1) antes de iniciar el tratamiento en grupo, el 43,2% (n=41) considera muy adecuada esta forma de tratamiento. El 10,5% (n=10) lo considera poco adecuado, el 1,1% (n=1) nada adecuado y el 45,3% (n=43) respondió no sabe.

Después de recibir el tratamiento en grupo, el 70,3% (n=64) lo consideró muy adecuado, un 14,3% (n=13) poco adecuado, el 1,1% (n=1) nada adecuado y 14,3% (n=13) respondió que no sabía.

Mediante el análisis del test de los rangos de Wilcoxon se objetivó que 33 sujetos mejoraban su respuesta respecto a la bon-

dad del tratamiento en grupo, con significación estadística ($p < 0,0001$), repitiendo su respuesta 51 sujetos.

Se hizo una comparación del dolor en el momento actual pre y post tratamiento; en el grupo cervical 93 sujetos mejoran y 48 empatan, con significación estadística ($p < 0,0001$), aunque cuando se valora en el mismo grupo la influencia del dolor en las AVD, 65 sujetos mejoran y 59 mantienen su valoración no alcanzándose significación estadística.

En el grupo lumbar mejoró la cuantificación del dolor ($p = 0,001$) pero no tuvo influencia sobre las AVD ($p = ns$).

Acerca del incremento de la información obtenida durante el proceso rehabilitador (Fig. 2), que incluye la recibida durante la visita médica y el tratamiento en grupo, en el grupo cervical 44 sujetos refieren una percepción positiva de la información recibida ($p = 0,032$). En el grupo lumbar no se obtuvieron resultados significativos.

DISCUSIÓN

La gestión por procesos se entiende como una herramienta que permite integrar el conocimiento y ponerlo al servicio del paciente y del conjunto de la organización, permitiendo una respuesta más ade-

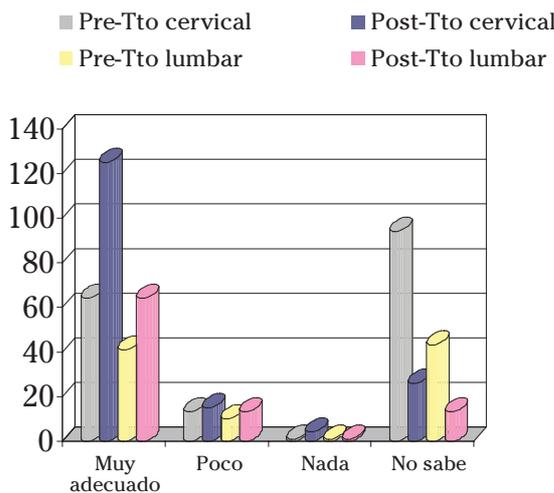


Figura 1. Adecuación del tratamiento en grupo pre y postratamiento. Cervical y lumbar.

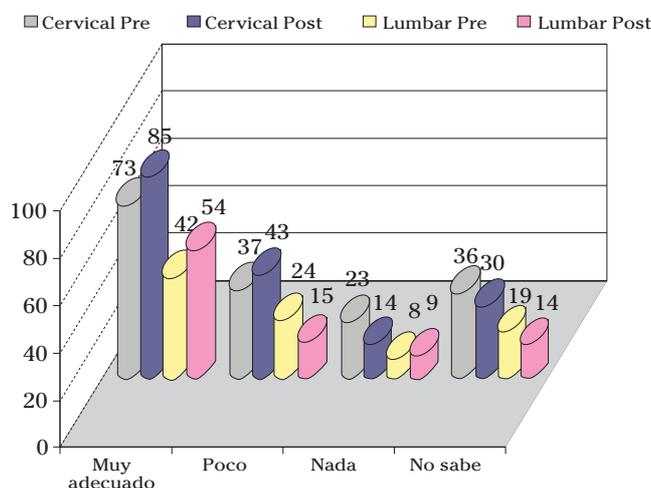


Figura 2. Idoneidad de la información sobre el tratamiento recibido.

cuada a las exigencias del entorno que está en continua transformación. Por eso es preciso que el diseño de los procesos se estructure teniendo en cuenta la opinión de los diferentes destinatarios e implicando desde su inicio a todos los profesionales incurso en el mismo¹⁵.

Debe, por tanto, centrar las actuaciones en el paciente mediante el conocimiento y comprensión de sus necesidades, expectativas y grado de satisfacción, introduciendo medidas de calidad, que trascendiendo lo meramente técnico o científico, permitirá reevaluar y redefinir nuestra relación con el usuario.

También debe implicar a los profesionales en la gestión de procesos, convirtiéndoles en motores del cambio, al recoger, analizar y compartir el conocimiento, con el fin de movilizar recursos intelectuales del colectivo que benefician a la organización, al individuo y a la sociedad. Todo lo anterior es muy necesario y trascendente en los Servicios de Rehabilitación, en donde la valoración, diagnóstico y prescripción del tratamiento se efectúa por los profesionales médicos rehabilitadores y los tratamientos se efectúan por otros profesionales del equipo de rehabilitación,

pudiendo servir para una correcta implicación de todo el equipo.

Además sirve para garantizar la continuidad asistencial implícita en cada proceso, que permita liberar al paciente de las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada. En los dos procesos que han ocupado el presente análisis, el dolor cervical y lumbar, todo lo anterior tiene mucha importancia, porque de la fragmentación del proceso se derivaría un incremento de las demandas, especialmente porque la evidencia científica de la eficacia y efectividad de los tratamientos es muy baja¹⁶⁻¹⁹.

La valoración del grado de satisfacción de los usuarios en estos dos procesos, no sólo es clave en función de la relación con los mismos y sus necesidades sino también con los objetivos estratégicos del servicio

En el dolor lumbar²⁰ y cervical, la satisfacción del paciente está influenciada por la reducción del tiempo de espera para acceder a los servicios, y por tanto en la equidad, evitando el uso excesivo o la falta de acceso a los mismos, permitiendo la confección de un catálogo de prestaciones igual para toda la población, regulando la

Tabla 2. Método de evaluación de tecnología.

1. Definición del tema e impacto en la salud
2. Estudio de la utilización de servicios
3. Análisis bibliográfico y documental
4. Síntesis de la Evidencia
5. Contextualización de los resultados
6. Métodos de consenso
7. Consultas a expertos y revisiones internas
8. Evaluación económica
9. Trabajo por proyectos

incorporación y el uso de la prestación, delimitando desde un punto de vista ético, legal y de responsabilidades, su utilización.

Para poder efectuar este análisis hemos seguido los cinco primeros pasos de la sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias (Tabla 2). En concreto hemos definido el impacto que tienen sobre la frecuentación y la actividad asistencial de rehabilitación, tanto el dolor lumbar como el cervical, habiendo constatado que son las patologías que mayor utilización hace de nuestro servicio, se ha revisado bibliográfica y documentalmente el tema, haciéndose una síntesis de la evidencia. El último paso en la evaluación sería formular recomendaciones²¹, apoyadas siempre en esa evidencia, con un proceso finalista que incluye la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, el uso apropiado de los servicios^{22,23} y la mejor calidad de las prestaciones^{24,25} según el sistema sanitario²⁶.

En el contexto de los resultados obtenidos hemos objetivado una reducción en el volumen y el tiempo de espera que actualmente situamos en $4,8 \pm 2$ días, un buen grado de aceptación del tratamiento en grupo, con una reducción en la valoración subjetiva del dolor, mejorando el grado de conocimiento sobre su patología por parte del usuario/paciente/cliente, excepto en el grupo lumbar.

Las recomendaciones en concreto para nuestro contexto sanitario son que el personal, tanto médico como terapéutico debe poner énfasis en la información que suministramos a los pacientes con dolor

lumbar, porque es inferior que la que reciben los afectos de cervicalgia y que además puede dar lugar a equívocos, a solicitud de nuevas demandas de tratamiento y a ocupar indebidamente el servicio²⁷.

No obstante, hemos de indicar que la medición de la satisfacción de los usuarios comporta una serie de problemas, que limitan su aceptabilidad como un indicador absolutamente fiable de la misma debido a que se han observado variaciones sustanciales de la satisfacción en función del método empleado. También porque se ha descrito un sesgo de respuesta²⁸, que se ha denominado como la aquiescencia, que consiste en la tendencia a estar de acuerdo con las categorías independientemente del contenido de las mismas. Para corregir esos sesgos, se utilizan diseños balanceados en los que se incorporan pares de preguntas en sentido inverso, lo que permite detectar a los individuos muy aquiescentes. Existe, igualmente, el efecto "techo" que consiste en responder siguiendo el sentido de la pregunta y en términos extremos y finalmente porque en estas mediciones de satisfacción se contemplan escasamente las expectativas del usuario como un factor de calidad reconocido, entendiéndose como tales aquello que el usuario espera recibir por parte de los servicios.

En cualquier caso en nuestra especialidad y en concreto en el dolor lumbar y cervical, la medición de la satisfacción del usuario ante un servicio, si se realiza a intervalos de tiempo regulares o como parte de un proceso continuo de calidad, puede servir para los elementos explicitados anteriormente, en el cual la solución de la demanda asistencial y de la integración de los miembros del servicio son los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. GÓMEZ MJ. Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial. *Aten Prim* 1997; 20: 90-93.
2. DAVIS R, MILLER L. SPECIAL REPORT. The Internet changes medicine. Net empowering patients. *USA Today*. www.usatoday.com. July 14, 1999: 1-3.

3. IMPICCIATORE P, PANDOLFINI C, CASELLA N, BONATI M. Reliability of health information for the public on the world wide web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *BMJ* 1997; 314: 1875-1881.
4. SONNENBERG FA. Health information on the Internet: opportunities and pitfalls. *Arch Intern Med* 1997; 157: 151-152.
5. WIDMAN LE, TONG DA. Request for medical advice from patients and families to health care providers who publish on the World Wide Web. *Arch Intern Med* 1997; 157: 209-212.
6. Office of Technology Assessment. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington DC. Government Printing Office 1978. Publication nº OTA-H75.
7. CONDE OLASAGASTI J. En: *Gestión diaria del Hospital*. Ed. Masson. Barcelona 1998. p. 325.
8. KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1122-1128.
9. WILSON EV, LANKTON NK. Modeling patients' acceptance of provider-delivered e-health. *J Am Med Inform Assoc*. 2004; 11: 241-248.
10. OH H, RIZO C, ENKIN M, JADAD A. What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *J Med Internet Res* 2005; 24: 7 (1): e1.
11. BOCCALETTI S, GREBOGI C, LAI YC, MANZINI H, MAZA D. The control of chaos: theory and applications. *Physics Report* 2000; 329: 103-197.
12. BOCCALETTI S. Sistemas complejos en medicina y gestión de organizaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17: 429
13. MORA E, FORNER P, CHUMILLAS S, PEÑALVER L. Calidad percibida por el usuario de Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 1996; 30: 47-52.
14. GARCIA PÉREZ F, FLÓREZ GARCÍA M. Escalas de valoración funcional. En: *Dolor Lumbar, clínica y rehabilitación*. Miranda JL y Flórez MT. Grupo Aula Médica 1996; 195-231.
15. DE SANCHO MARTÍN JL. More professional hospital management and the involvement of healthcare professionals: a pressing need. *World Hosp Health Serv* 2001; 37: 18-21,33,35.
16. Québec Task Force on Spinal Disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. *Spine* 1987; 12: 51-59.
17. PHILADELPHIA PANEL. Evidence-Based Clinical practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Neck Pain. *Phys Ther* 2001; 81: 1701-1717.
18. PHILADELPHIA PANEL. Evidence-Based Clinical practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Low Back Pain. *Phys Ther* 2001; 81: 1641-1674.
19. Clinical Evidence: A compendium of the best available evidence for effective health care. London, England: BMJ Publishing Group, 2000 (issue4). Available at www.clinicalevidence.org
20. GONZÁLEZ VIEJO MA, CONDÓN HUERTA MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 491-492.
21. LÁZARO DE MERCADO P. Angioplastia coronaria y cirugía coronaria: algunas consideraciones socioeconómicas. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46: 7-20.
22. SARRIA A, GARCÍA BENITO P. Diferencias en la utilización de hospitales entre las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña. *Gac Sanit* 1996; 10: 12-17.
23. SARRIA A. Evolución de la tasa de cesáreas en España. *Gac Sanit* 1994; 44: 209-213.
24. HOXIE LO. Outcomes measurements: A primer for orthotic and prosthetic care. *J Prosthet Orthot* 1995; 7: 132-136.
25. POLLIACK AA, MOSER S. Facing the future of orthotics and prosthetics proactively: Theory and practice of outcomes measures as a method for determining quality of services. *J Prosthet Orthot* 1997; 9: 127-134.
26. EDDY DM. Guidelines for policy statements: the explicit approach. *JAMA* 1990; 263: 2239-2243.
27. LORENZO S, MIRA JJ. Are Spanish physicians ready to take advantage of the Internet? *World Hosp Health Serv* 2004; 40: 31-5, 41-3.
28. GONZÁLEZ JC. Satisfacción de los usuarios en atención primaria. *Aten Prim* 1998; 22: 514-520.

Anexo 1. Test de Von Korff.

Nombre y Apellidos										
Fecha	Edad									
Cuestionario de Preguntas referentes a la intensidad del dolor										
<i>A cumplimentar por el paciente</i>										
1. ¿Cómo graduaría el dolor que tiene en este momento justo, expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos, en la que 0 indicaría "ausencia de dolor" y 10 significaría "el peor dolor posible".										
Ausencia de dolor					El peor dolor posible					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. En los seis últimos meses ¿cuál fue la mayor intensidad del dolor que sintió, expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos, en la que 0 indicaría "ausencia de dolor" y 10 significaría "el peor dolor posible".										
Ausencia de dolor					El peor dolor posible					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. En los seis últimos meses ¿cuál fue la intensidad media del dolor expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos, en la que 0 indicaría "ausencia de dolor" y 10 significaría "el peor dolor posible".										
Ausencia de dolor					El peor dolor posible					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Preguntas referentes a la intensidad del dolor</i>										
4. En los seis últimos meses ¿cuántos días no le ha permitido el dolor realizar sus actividades habituales (trabajar, labores habituales)? _____ días										
5. En los seis últimos meses ¿Cuánto ha influido el dolor con sus actividades diarias expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos, en la que 0 indicaría "ausencia de influencia" y 10 significaría "no poder llevar a cabo ninguna actividad".										
Ausencia de influencia					Incapacidad para llevar a cabo ninguna actividad					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. En los últimos seis meses ¿cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para tomar parte en actividades de ocio, sociales, familiares, expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos en la que 0 indicaría "ausencia de cambio" y 10 significaría "un cambio extremo".										
Ausencia de cambio					Cambio extremo					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. En los últimos seis meses ¿cuánto ha cambiado el dolor su capacidad para tomar parte en actividades laborales, incluyendo las domésticas, expresándolo en una escala de 0 a 10 puntos en la que 0 indicaría "ausencia de cambio" y 10 significaría "un cambio extremo".										
Ausencia de cambio					Cambio extremo					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

