

Aplicación del análisis DAFO en una sala de Fisioterapia de nueva creación

A. M. Mesa Ruiz. *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Los Vélez. Almería*

M.^a J. Peinado Nievas. *Enfermera del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería*

P. Barroso García. *Técnico de Salud de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería*

R. López Liria. *Profesora Colaboradora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería*

M.^a I. Martínez Sánchez. *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Albox. Almería*

M. C. Romero Pérez. *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Serón. Almería*

RESUMEN

Objetivos: conocer la actividad asistencial e identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en una sala de Fisioterapia de nueva apertura. *Métodos:* estudio observacional descriptivo. Se analizaron factores que podían influir en la organización y funcionamiento de la sala mediante adaptación del análisis de empresa DAFO. Además, se registró la actividad asistencial. *Período de estudio:* noviembre de 2003 a octubre de 2006, dividido en tres períodos de 12 meses cada uno. *Fuentes de información:* Historia de Fisioterapia, Registro Mensual SIGAP, hoja seguimiento diario, registro codificado y acta de incidencias. *Resultados:* se identificaron 5 fortalezas, 7 oportunidades, 4 debilidades y 2 amenazas. Se trataron 819 pacientes durante el período estudiado: 334 iniciaron tratamiento en el Período I, 254 en el II y 231 en el III. Se realizaron 5.751 sesiones de tratamiento en el Período I, 5.023 en el II y 5.476 en el III. La media de espera fue de 31 días en el Período I, 7 en el II y 9 en el III. En el Período III aumentó el porcentaje de pacientes preferentes (40,7 %), el de pacientes derivados con patología neurológica, posquirúrgica o traumática (39,4 %) y el total de sesiones domiciliarias (58), y disminuyó el porcentaje de pacientes incluidos en terapia grupal (13,4 %). *Conclusiones:* se considera que la identificación de factores favorecedores y dificultadores es útil para el inicio de la actividad fisioterápica porque permite llevar a cabo medidas de mejora para el desarrollo del trabajo diario.

Palabras clave: Fisioterapia, atención primaria, análisis DAFO.

ABSTRACT

Aim: to know the welfare activity and to identify strengths, opportunities, weaknesses and threats in a new physiotherapy service. *Methods:* descriptive observational study. Factors that could influence in the functioning of the service were analyzed using a SWOT analysis. The welfare activity was registered too. *Period of study:* 36 months (November 2003 to October 2006). *Sources of information:* Clinical History of Physiotherapy, SIGAP monthly registry, daily monitoring sheet, codified registry and incidences record. *Results:* 5 strengths, 7 opportunities, 4 weaknesses, 2 threats

and 2 mixed factors were identified. 819 patients have treated during the period of study (334 initiated treatment in Period I, 254 in II and 231 in III). 5.751 sessions have been made in Period I, 5.023 in II and 5.476 in III. The delay average is of 31 days in Period I, 7 in II and 9 in III. In Period III, the percentage of preferential patients was increased (40.7 %), just as the percentage of patients derived with neurological, postsurgical or traumatic pathology (39.4 %) and total of domiciliary sessions (58). The percentage of patients including in group therapy in Period III has diminished (13.4 %). *Conclusions:* it is considered that identification of flattering and negatives factors is useful in the beginning of physiotherapy activity because allows to carry out improvement measures for the daily work.

Key words: Physical therapy, primary care, DAFO analysis.

INTRODUCCIÓN

Desde la Junta de Andalucía se han puesto en marcha un conjunto de medidas socio-sanitarias, entre las que destaca el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas [1]. Este plan ha afectado positivamente al campo de la Fisioterapia, pues con el fin de desarrollar actuaciones que mejoren la accesibilidad de los usuarios a estos servicios [2], se ha creado una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los Distritos de Atención Primaria [3]. Esto se ha traducido en un incremento del número de estas unidades, que ha pasado de las 60 existentes en mayo de 2002 a las 186 censadas en Andalucía en el segundo semestre de 2006 [4]. Actualmente en la provincia de Almería existen 16 salas, de las cuales 7 pertenecen al Distrito Sanitario de Atención Primaria Levante-Alto Almanzora, adscrito al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, que es de ámbito rural [4].

La sala de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Los Vélez fue la cuarta en programarse, iniciándose su actividad en noviembre del año 2003. La población de esta comarca rural y de gran dispersión geográfica era de 11.183 habitantes, distribuidos entre los

pueblos de Chirivel, María, Vélez Blanco y Vélez Rubio (donde se ubicó la sala). Tendría como Hospital de referencia el de «La Inmaculada» de Huércal Overa (con dos consultas para Facultativos de Rehabilitación) y dependería de la Coordinación de Enfermería del Distrito Sanitario de Atención Primaria.

La Fisioterapia en atención primaria en Andalucía, como disciplina de reciente implantación y novedosa a todos los niveles (incluyendo la visión de los usuarios, la del resto de profesionales de la salud y la de los equipos directivos), necesita que se realice un esfuerzo por parte de los fisioterapeutas para promocionarse [5], para convencer y para prevalecer (en su doble faceta, tanto la de continuar como la de sobresalir). Hay que demostrar conocimientos sobre las modalidades y técnicas fisioterapéuticas, tanto para su aplicación diagnóstica como terapéutica, además de los relacionados con los protocolos, procedimientos y guías de prácticas clínicas utilizados por la organización sanitaria. Posteriormente, se deben demostrar las habilidades adquiridas mediante una praxis correcta, siendo importante que los beneficios de la Fisioterapia sean percibidos tanto por los pacientes como por los profesionales del centro de salud. Esto contribuirá

a la necesaria integración del fisioterapeuta en el centro, que se deberá potenciar mediante un proceso continuo de trabajo en equipo que proporcione al fisioterapeuta de atención primaria reconocimiento y confianza dentro de su comunidad de salud. Todo esto debe mantenerse en el futuro, pues además del refuerzo positivo de actitudes y aptitudes de calidad, debe sumarse una constante innovación mediante la adquisición de nuevos conocimientos y competencias [6] y su correcta aplicación. Pero en el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios, que suele regirse por aspectos estadísticos y por indicadores que, con habitual frecuencia, no reflejan la realidad de la asistencia prestada [7], la actividad del fisioterapeuta de atención primaria dependerá de unos registros de actividad que se correspondan con los objetivos planteados.

Además del reto de darse a conocer, no sólo a nivel personal sino como representación de un colectivo relativamente novedoso con la obligación de responder con hechos [5] a todo lo planteado, se añadió la dificultad de iniciar la actividad en una sala que además presentaba una demora importante. Por todo esto se inició este trabajo con el objetivo de conocer la actividad asistencial e identificar factores favorecedores y dificultadores internos y externos en una sala de fisioterapia de nueva apertura.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en la sala de Fisioterapia de Los Vélez, que comenzó con la identificación, durante su primer mes de funcionamiento (noviembre de 2003), de todos los factores que podían influir en la organización y funcionamiento de la misma, para posterior-

mente clasificarlos según su peso en el proceso y su carácter. Se adaptó la metodología de análisis de empresa DAFO [8] para estudiar la situación estratégica de la sala y sus características, a efectos de determinar Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (componentes del acrónimo DAFO). En esta metodología, las debilidades y fortalezas son internas a la empresa, mientras que las amenazas y oportunidades son externas a ella. Las oportunidades se entienden por factores externos factibles de ser aprovechados favorablemente si se cumplen determinadas condiciones en el ámbito de la organización. Las amenazas son, por el contrario, aquellos factores externos que podrían perjudicar y/o limitar el desarrollo de la organización. Las fortalezas son los recursos humanos y materiales con los que cuenta la organización para adaptarse y aprovechar las ventajas que ofrece el entorno y enfrentar con mayores posibilidades de éxito las posibles amenazas. Y las debilidades son las limitaciones o carencias de habilidades y conocimientos que impiden el aprovechamiento de las oportunidades que se consideran ventajosas en el entorno y no le permiten defenderse de las amenazas. Posteriormente se confeccionó la matriz DAFO [8].

Por otra parte, se registró la actividad asistencial. Como fuentes de información se utilizaron la Historia de Fisioterapia y el Registro Mensual para el SIGAP (Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria), solicitadas por la Dirección, y además registros propios *ad hoc* como la Hoja de Seguimiento Diario, un Registro Codificado de Pacientes Atendidos y un Acta de Incidencias. Los ítems registrados aparecen en la tabla 1. En el caso del Registro Mensual del SIGAP, los indicadores han cambiado en estos tres años, dependiendo de lo requerido por su Contrato de Gestión correspondiente.

TABLA 1.

<i>Registros oficiales</i>		<i>Registros propios</i>	
Hª. Fisioterapia	Datos personales Médico de familia Médico rehabilitador Fisioterapeuta Fecha de derivación Fecha de inicio Fecha de alta Tiempo de espera Sesiones realizadas Ausencias justificadas Ausencias injustificadas Revisiones Valoración y anamnesis Plan de tratamiento Objetivos del tratamiento	Hoja de Seguimiento Diario	Total pacientes/día Total sesiones/mes % Tratam. { Individual Grupal Mixto Domicilios Total citados/día Total citados/mes Total ausencias/día Total ausencias/mes Total altas/mes Total revisiones/mes Media sesiones/día
Registro mensual SIGAP	Nº. profesionales Total pacientes atendidos Nº. sesiones terapéuticas Nº. de visitas Altas al mes Pacientes en espera Derivaciones hospital Derivaciones AP Pacientes en Tto. grupal Pacientes en Tto. domicilio Pacientes en Tto. individual Pacientes en espera { Preferentes Normales No demorables Nº. de grupos/mes Nº. sesiones en grupos Pacientes nuevos atención domiciliaria Visitas domiciliarias Cuidadores formados Visitas a domicilio antes de 48 horas Sesiones de formación EBAP/Equipo fisio. Tiempo de espera para inicio tto. preferente Tiempo de espera para inicio tto. normal	Registro codificado pacientes atendidos	Orden de entrada Código de registro Tipo de derivación Fecha de derivación Fecha de inicio Tiempo de espera Revisión Procedencia Acceso Media espera { No demorable Normal Preferente Fecha de alta Sesiones totales Grupo diagnóstico Observaciones
		Acta de incidencias	Incidencias acaecidas Valoración

El período de estudio fue de 36 meses, dividiéndolos en tres grupos: Período I (de noviembre de 2003 a octubre de 2004), Período II (de noviembre de 2004 a octubre de 2005) y Período III (de noviembre de 2005 a octubre de 2006).

RESULTADOS

Análisis interno de factores incidentes en la sala de la ZBS de Los Vélez

Fortalezas:

— Mapa de competencias profesionales del fisioterapeuta: conocimientos, habilidades y actitudes.

— Equipamiento adecuado de la sala de Fisioterapia: sistemas de electroterapia, mecanoterapia, mobiliario y fungibles.

— Sistemática propia: se inaugura con el fisioterapeuta titular y se plantean desde el principio actividades asistenciales y de gestión que no arrastran métodos de trabajo y organización anteriores.

— Actitud positiva de los usuarios: por ser un servicio reclamado por ellos que mejora la accesibilidad de los pacientes de la zona a la Fisioterapia.

— Consulta de médico rehabilitador en el centro de salud: mejor comunicación para planificación de estrategias de actuación y cercanía al usuario.

Oportunidades:

— Fisioterapia como disciplina novedosa en el Distrito Levante-Alto Almanzora: conlleva una atención y seguimiento especial a nuestra actividad por parte de los directivos ante las expectativas creadas y el reto de su integración dentro de la estructura asistencial.

— Implicación y solución de problemas desde la Coordinación de Enfermería: comunicación constante y eficaz con los fisioterapeutas y búsqueda de alternativas ante inconvenientes no solucionables a nuestro nivel.

— Apoyo de la Unidad de Investigación: para asesoramiento y apoyo a los fisioterapeutas en la realización de trabajos de investigación de la actividad fisioterápica en las salas y de sus peculiaridades de gestión y organización, proporcionando a su vez una información al equipo de dirección del distrito sobre estos aspectos poco conocidos hasta la fecha.

— Apoyo para las actividades de formación.

— Sintonía entre el equipo de fisioterapeutas.

— Integración dentro del EBAP de la ZBS de Los Vélez.

— Plan de necesidades: compromiso por parte de la dirección del distrito sanitario para dotar a las salas de Fisioterapia del material necesario si se conseguían los objetivos.

Debilidades:

— Comunicación con el servicio de rehabilitación del hospital: distancia física y falta de aplicaciones informáticas en la gestión de citas.

— Falta de protocolo de actuación conjunta entre el servicio de rehabilitación del hospital y el dispositivo de apoyo a la rehabilitación del distrito sanitario.

— Tiempos de espera en el momento de la apertura de la sala.

— Falta de personal auxiliar y de medios mecánicos para la atención a pacientes con gran dependencia.

— Espacio físico limitado.

— Absentismo: la ausencia de pacientes a las salas de Fisioterapia conlleva dos efec-

tos negativos: incumplimiento del tratamiento pautado para el propio paciente y prolongación en el tiempo de los tratamientos, lo que impide al resto de usuarios el inicio del tratamiento en los plazos deseados.

Amenazas:

— Transporte sanitario: horarios variables en la recogida de los pacientes.

— Reparación de equipos electromédicos: que puede ocasionar demora a los pacientes que tienen prescrita este tipo de terapia.

Evolución de la actividad y los indicadores en los tres períodos

Se han tratado 819 pacientes desde que se abrió la sala de Fisioterapia hasta octubre

de 2006: 334 iniciaron tratamiento en el Período I, 254 lo hicieron en el Período II y 231 en el Período III. Los meses con el mayor número de pacientes incluidos en tratamiento (78) fueron marzo de 2004 y julio de 2004 y el mes con menor número de pacientes atendidos fue agosto de 2005 con 26 (fig. 1). Se han realizado un total de 5.751 sesiones en el Período I, 5.023 en el Período II y 5.476 en el Período III (fig. 2). La media de sesiones diarias ha oscilado entre las 13,4 de agosto de 2005 y las 30,7 de abril de 2005 (fig. 3). El mayor número de pacientes en espera (49) correspondió al segundo mes de funcionamiento de la sala y en 10 meses se obtuvo cero pacientes en espera (fig. 4). La media de días de espera global fue de 31 días en el Período I y 9 días en el Período III con un máximo mensual de 58,8 y un míni-

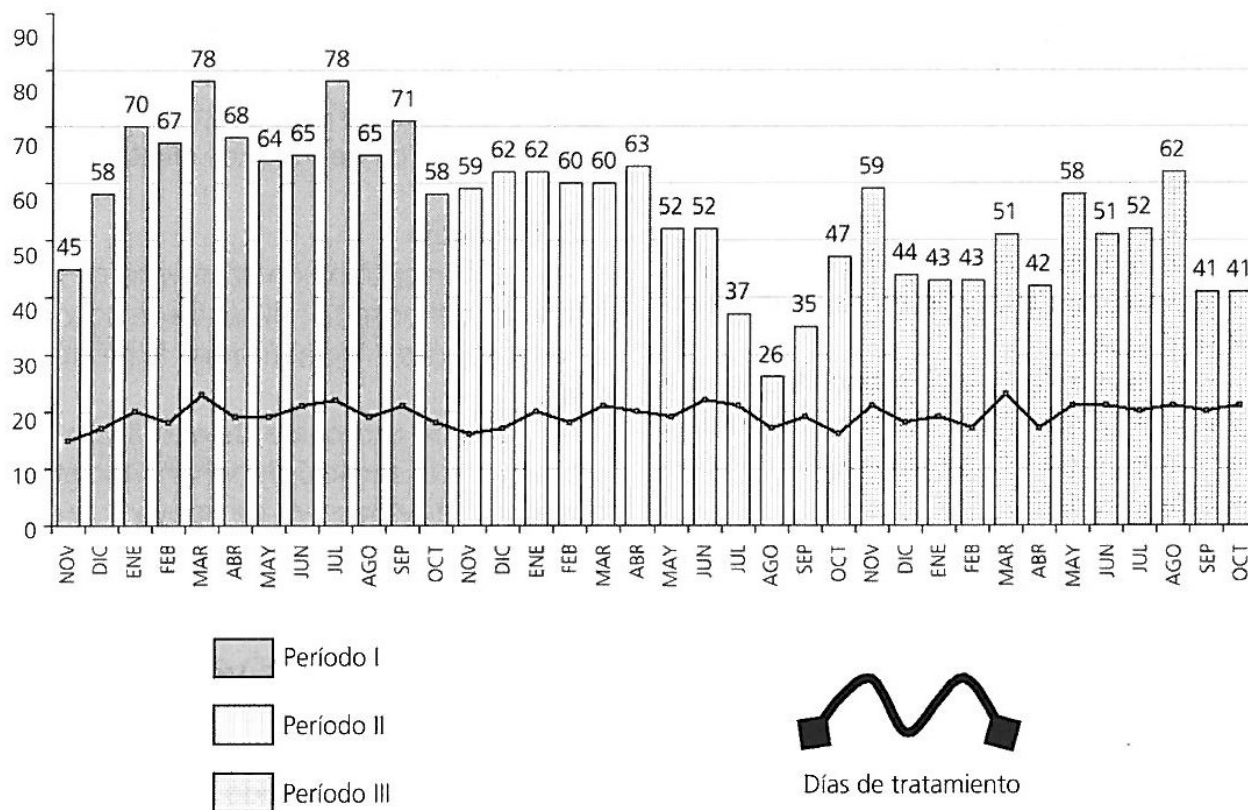


Fig. 1. Pacientes incluidos en tratamiento al mes.

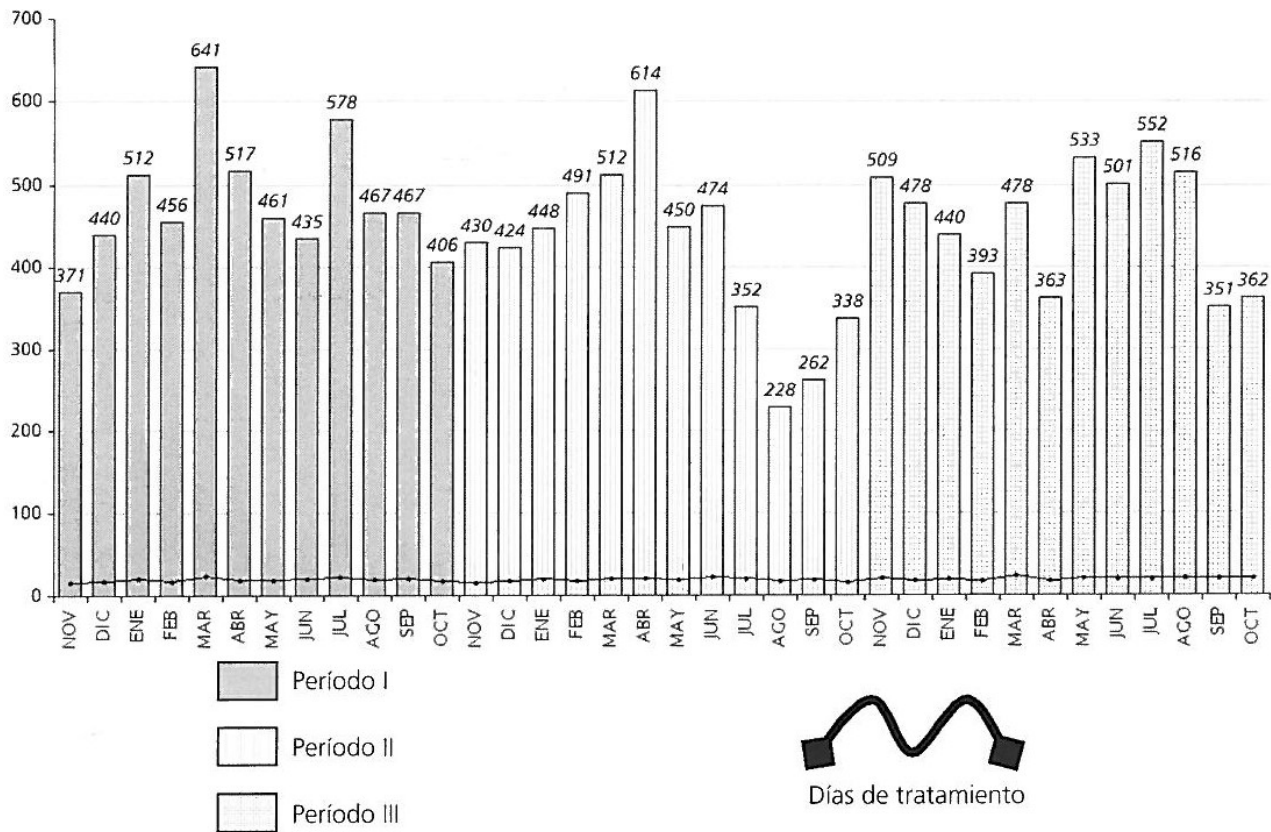


Fig. 2. Sesiones de tratamiento al mes.

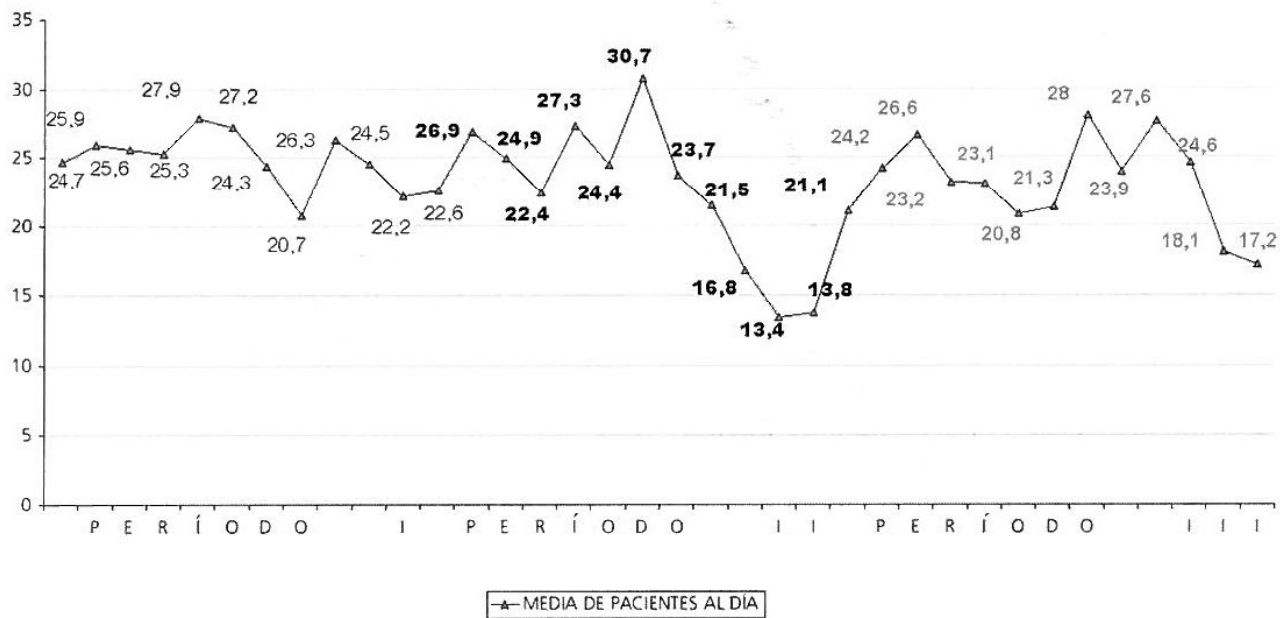


Fig. 3. Media de pacientes al día.

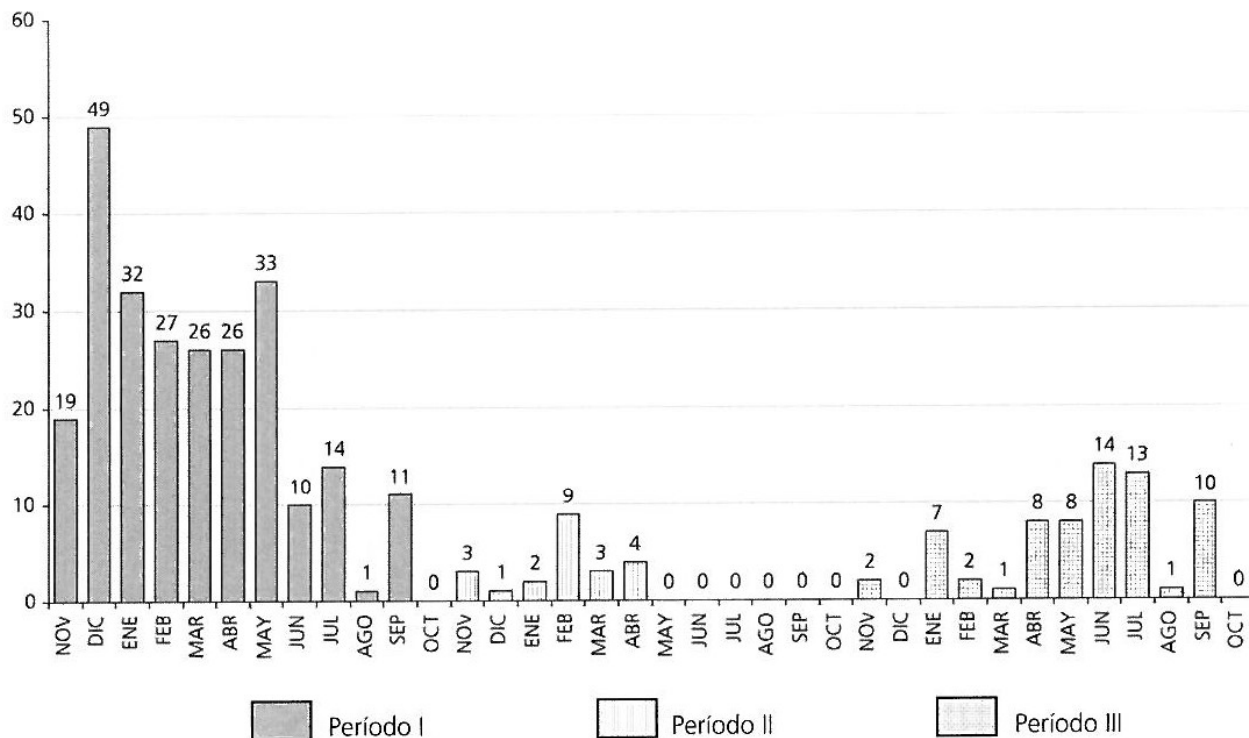


Fig. 4. Lista de espera (valorada el último día del mes).

mo de 2,7 (fig. 5). El tiempo de espera para pacientes preferentes fue de 9,5 días al finalizar el Período I, 3,5 días al finalizar el Período II y 5,4 días a la conclusión del Período III, y para pacientes con derivación normal fue de 16,5 días al finalizar el Período I, 7,2 al finalizar el Período II y 7,1 a la conclusión del Período III. La media de sesiones por paciente fue de 17,2 en el Período I, 19,7 en el Período II y 23,7 en el Período III. El médico rehabilitador fue el encargado de derivar pacientes a la sala de Fisioterapia en el 99 % de los casos. El porcentaje de pacientes preferentes derivados fue del 23,9 % del total en el Período I, 24 % en el Período II y 40,7 % en el Período III (fig. 6). El 39,5 % del total de los pacientes atendidos en el Período I eran derivados por algias de columna o por patología degenerativa del apa-

rato locomotor; en el Período II representaron el 32,3 % y en el Período III el 19,5 %. Pacientes con patología neurológica, posquirúrgica o traumática representaban el 20,7 % del total en el Período I, el 23,6 % en el Período II y el 39,4 % en el Período III (fig. 7). En el Período III el 13,4 % de los pacientes acudieron exclusivamente a terapia grupal (fig. 7). En cuanto a atención domiciliaria, se trataron 5 pacientes a domicilio (21 sesiones) en el Período I, duplicándose a 10 (58 sesiones) en el Período III.

DISCUSIÓN

La identificación de los factores favorecedores y dificultadores es un proceso necesario para el inicio de cualquier actividad sani-

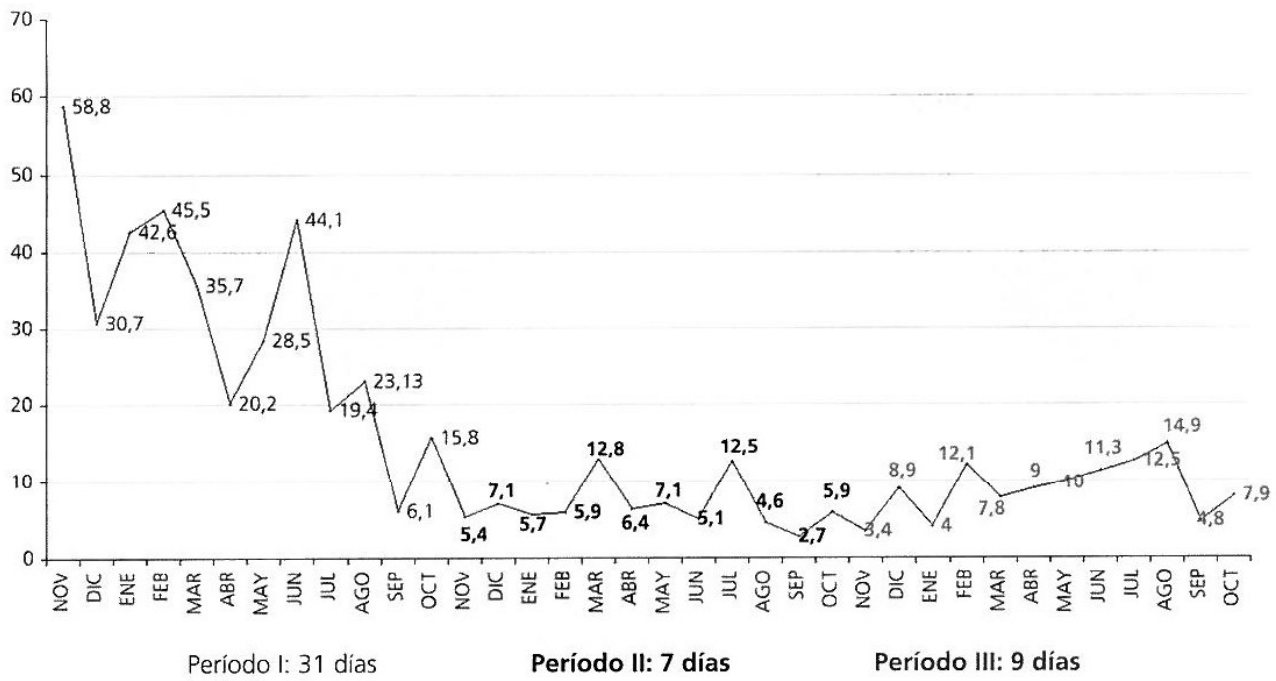


FIG. 5. Media de días en espera.

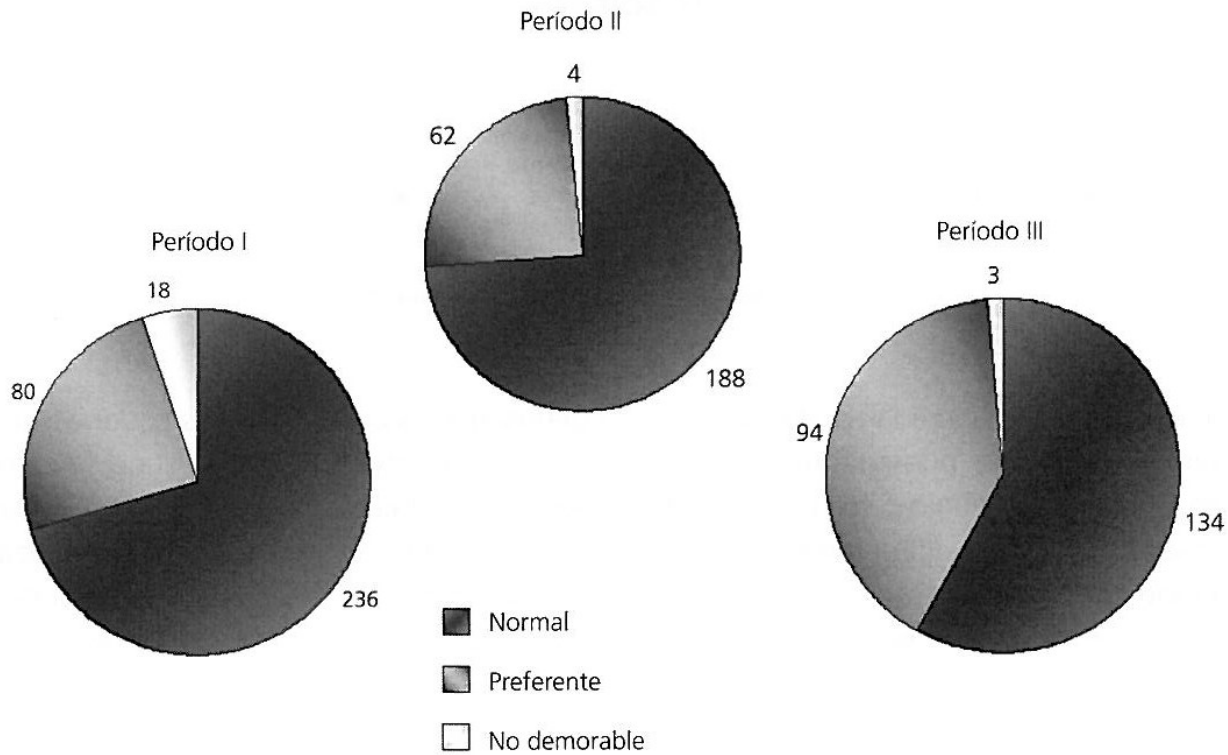


FIG. 6. Total de pacientes según tipo de derivación.

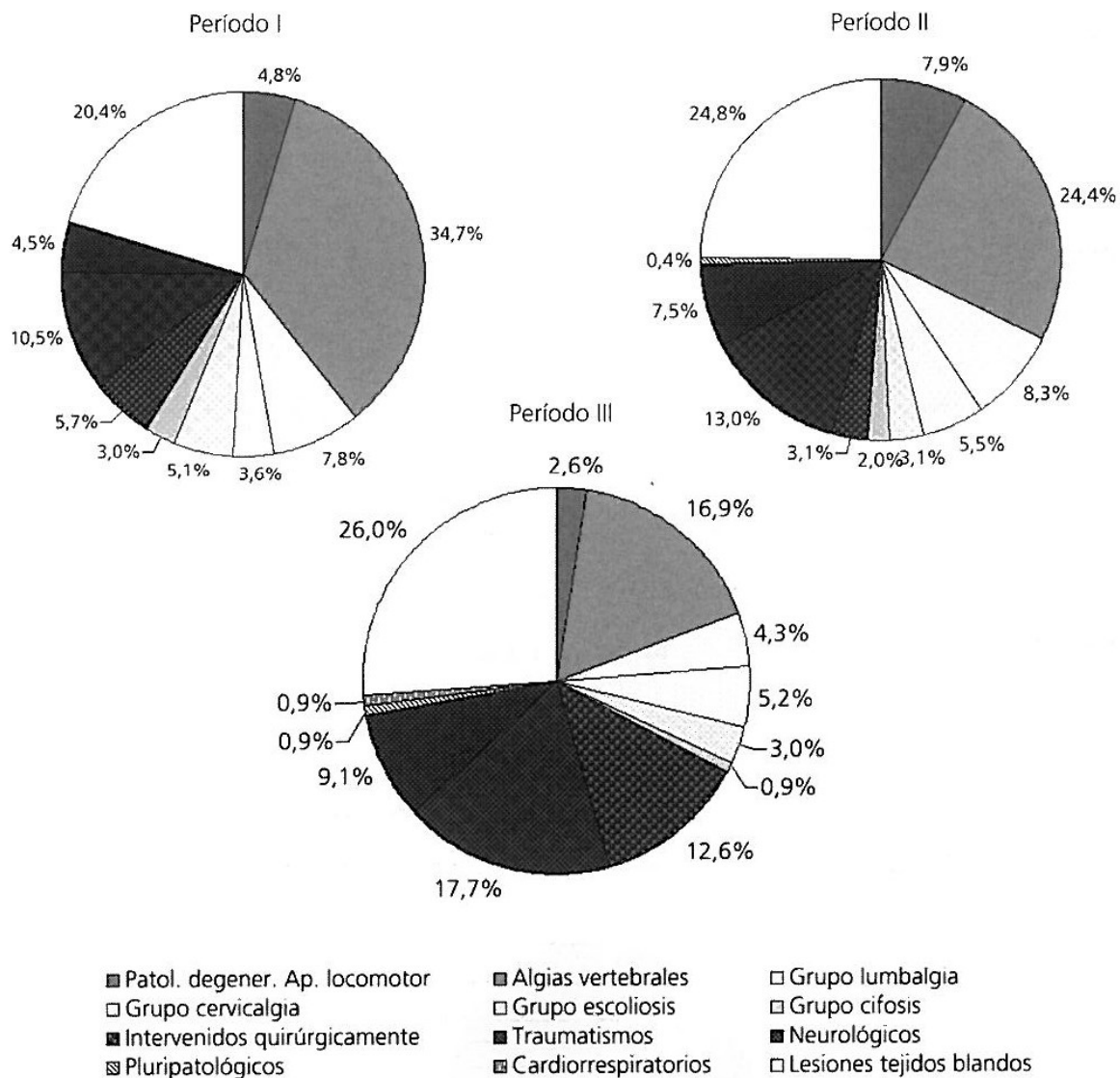


FIG. 7. Porcentaje de patologías tratadas según período.

taria, especialmente para la fisioterapia en la sanidad pública, puesto que factores como la carga de trabajo o la necesidad de recursos no dependen directamente del fisioterapeuta.

Los factores favorecedores internos (fortalezas) deben ser asumidos y estar presentes durante el transcurso de la actividad laboral en la sala, como identificador de las características propias que posee el servicio, parti-

cularidades valoradas por los usuarios que provocan un efecto negativo si no se cumplen. Una fortaleza que se ha perdido y que ha provocado un trastorno en la organización de la sala y en la calidad asistencial percibida por el paciente, fue la consulta del médico rehabilitador en el centro de salud.

Los factores favorecedores externos (oportunidades) deben identificarse y estimular a los profesionales que influyen en ellos para

que continúen. En este sentido, se han producido actuaciones con influencia positiva para la sala de Los Vélez, que han conformando un hecho ejemplar de colaboración multidisciplinar. Se pueden citar varios ejemplos: pautas consensuadas del equipo de fisioterapeutas; disponibilidad total del personal del centro de salud ante propuestas educacionales comunitarias; aprendizaje de la metodología investigadora afirmada mediante cursos específicos y realización de trabajos de investigación que han servido como punto de partida para aplicar medidas de control y de mejora; o la buena disposición desde la Coordinación de Enfermería para la solución rápida y efectiva de incidencias ocurridas en la sala.

El compromiso inicial de la Dirección del Distrito Sanitario con respecto al Plan de Necesidades se cumplió, puesto que la mayor parte del material solicitado en 2004 y 2005 fue concedido. Ello indica que las actuaciones realizadas respondían a la actuación profesional y a los objetivos de asistencia que se planteó desde la dirección del Distrito.

Sobre los factores dificultadores, tanto debilidades como amenazas, se necesita un esfuerzo aún mayor para conseguir su reversión. Ésta se ha producido, en algunos casos, gracias al análisis de los problemas y su repercusión en el funcionamiento de la sala, como fue el caso de las ausencias a las sesiones de Fisioterapia programadas por parte de los pacientes, mediante la propuesta de una estrategia de intervención consensuada con otras dos salas de Fisioterapia del Distrito Levante-Alto Almanzora [9]. Gracias a ella, el porcentaje de sesiones perdidas que se cuantificó al inicio del estudio para la sala de Los Vélez en un 13,87% del total de las programadas, se redujo hasta el 8,1 % [10]. El factor dificultador del transporte sanitario también se mejoró tras conseguir que la empresa

asignara un chófer fijo. Sin embargo, en lo referente a cosensuar un protocolo de derivación adaptado a las debilidades planteadas, se consiguió un compromiso verbal que sólo se llevó a cabo durante el Período II. Se espera que con la próxima creación de la Unidad de Gestión Clínica de Fisioterapia y Rehabilitación se mejore en este aspecto.

El registro de pacientes en espera es el indicador que más se tuvo en cuenta por parte de la Dirección y en ese sentido se planteó como estrategia de mejora una citación intensiva de pacientes, que aunque sobrecargó los recursos de la sala, consiguió estabilizar este indicador y reducirlo hasta la primera mitad del Período II.

El número total de pacientes ha disminuido en más de 100 desde el Período I hasta el último Período registrado, y se explica por los cambios que se han producido y que se pueden resumir en tres líneas fundamentales:

— Tipología de patologías derivadas: se derivan más patologías que requieren dedicación personal del fisioterapeuta (patología neurológica, posquirúrgica o traumática) y disminuyen derivaciones como algias de columna o patología degenerativa del aparato locomotor con tratamiento exclusivo de electroterapia.

— Incremento de la asistencia domiciliaria: requiere más de una hora de media del total de la jornada para tratar a un solo paciente [11].

— Disminución de los tratamientos grupales: en contra de lo recomendado en la Guía de Procedimientos [12], el cambio del Período III marca un receso en la derivación de pacientes para tratamiento grupal en patología de espalda.

La media de sesiones diarias depende tanto de los días de tratamiento al mes como

del número de derivaciones realizadas desde el servicio de rehabilitación (fig. 8) y la forma de su gráfica (fig. 3) es similar a la del total de sesiones de tratamiento (fig. 2) o la del total de pacientes incluidos en tratamiento (fig. 1). Esto también demuestra que la estrategia de citación planteada se ha realizado de forma homogénea durante los 36 meses estudiados. Se percibe como positiva por los beneficios que reporta al paciente el hecho de iniciar su tratamiento de manera casi inmediata, pero hay que preguntarse si el resultado alcanzado es satisfactorio. Algunos autores aseguran que 368 personas por

fisioterapeuta y año es una carga de trabajo asumible en atención primaria [13]. Durante estos tres años de actividad no se ha sobrepasado esta cifra y, efectivamente, el trabajo ha sido asumido, pero ni en el artículo mencionado ni en este estudio realizado en la sala de Los Vélez se vierten conclusiones sobre resultados en salud. Sí bien se observa mejoría de algunos indicadores, sin embargo realmente no se constituye como herramienta que permita obtener información relevante para aumentar la calidad de las prestaciones [14, 15]. Además, los criterios de derivación y las carteras de servicios son

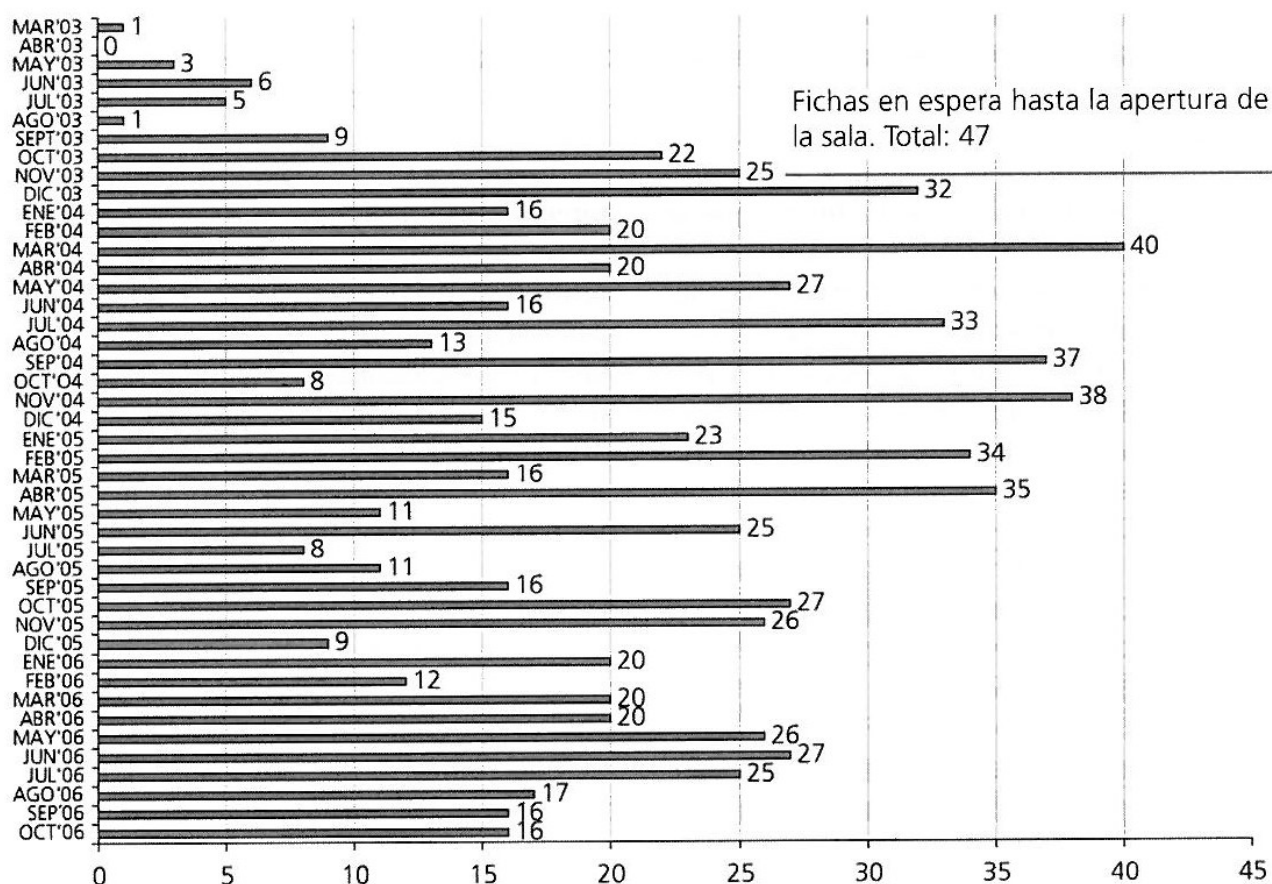


FIG. 8. Pacientes derivados a la sala de Fisioterapia al mes.

diferentes, no sólo entre unidades de Fisioterapia de distintas comunidades autónomas, sino incluso entre servicios de Fisioterapia pertenecientes al mismo sistema de salud (datos no publicados de una auditoría interna realizada en distintas unidades de Fisioterapia de Andalucía).

En cuanto a la actuación de la Dirección de la ZBS y de la Coordinación de Enfermería, se ha orientado a la consecución de los objetivos, considerando las cualidades y motivaciones específicas de los fisioterapeutas. En consecuencia, se han encaminado a facilitar el desarrollo profesional, buscando la motivación personal y consiguiendo altos niveles de confianza, compromiso y creatividad [16] por parte de los fisioterapeutas. El desarrollo efectivo de una organización depende tanto de los valores de las personas, como de su estructura, su estilo directivo y su cultura [17].

La actuación del profesional de Fisioterapia se ha orientado hacia la observancia de las mejores evidencias científicas y hacia una asistencia de calidad en la atención o en el cuidado prestado utilizando eficientemente los limitados recursos disponibles, como destacan algunos autores [18]. Ha contribuido en gran medida al desarrollo de las competencias imprescindibles y deseables dentro de su mapa específico, consiguiéndose los resultados deseados y logrando los objetivos previstos por la organización [19].

Tanto la recogida de datos como la mejora continua de este modelo de actuación son necesarios y deberían permitir en el futuro una asignación de recursos más objetiva y más equitativa, para lograr así una mejor adecuación a las necesidades del usuario [20], lo cual repercutirá en su satisfacción [21].

Esta metodología de análisis y mejora continua constituye una medida de calidad en

el ámbito de la Fisioterapia en atención primaria, que es recomendada por autores de otros ámbitos de la salud [22] y pone de manifiesto que los cambios en la gestión de un servicio de Fisioterapia y el compromiso constante y continuado en el tiempo con este modelo pueden mejorar la eficiencia del mismo de forma significativa. Tiene la ventaja de tratarse de una experiencia real de nuestro país, llevada a cabo en una sala de Fisioterapia del Servicio Andaluz de Salud con un sistema de gestión tradicional, lo que la hace bastante más próxima a nosotros que otros modelos y ejemplos tomados de otros entornos sociales y modelos de gestión [23]. Además, es una experiencia surgida de los propios profesionales responsables de la asistencia y no por presiones externas que son, con frecuencia, más retóricas e irrelevantes que efectivas [24].

Con este propósito se considera necesario desarrollar, desde las unidades de Fisioterapia del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, actuaciones dirigidas a obtener resultados en salud en la población atendida, aspectos que nos permitirán conocer la efectividad del servicio en la mejora de la salud de la población de la zona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 52: 7127-7134, 2002.
2. Decreto 7/2004 de 20 de enero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 15:1895-1896, 2004.
3. Orden de 9 de marzo de 2004 por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero,

- y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 56: 7043-7050, 2004.
4. Andalucía junta.es [sede Web]. Sevilla. Junta de Andalucía; 2006 [acceso 30 de octubre de 2006]. Los servicios de fisioterapia y rehabilitación de Salud atendieron a 49.111 pacientes hasta junio. Disponible en: <http://www.andaluciajunta.es/aj-not-.html?idNot=106507&idCanal=214389>
 5. Lantarón Caeiro EM, Rodríguez Fuentes G, Pazos Rosales JM, González Represas A. Conocimiento previo de la profesión de fisioterapia en los alumnos de nuevo ingreso de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de Pontevedra. *Fisioterapia* 25: 44-53, 2003.
 6. Gómez Conesa A. Desarrollo de competencias profesionales. *Fisioterapia* 26: 1-2, 2004.
 7. Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 28: 472-477, 2001.
 8. Johnson G, Scholes K. Dirección estratégica: análisis de la estrategia de las organizaciones. Ed. Prentice Hall, 1996.
 9. Mesa Ruiz A, Martínez Sánchez I, Reche Galera V, Barroso García P, Fierro Rosón J. Propuesta de medidas de intervención para gestionar las ausencias de pacientes en salas de fisioterapia. *Fisioterapia* 29: 5-11, 2007.
 10. Martínez Sánchez MI, Reche Galera V, Mesa Ruiz AM, Barroso García P, Fierro Rosón J. Abordaje de las ausencias a pacientes en salas de fisioterapia mediante un grupo de mejora de la calidad. En Almazán González S (director). Premio Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2005. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, pp. 279-288, 2006.
 11. Romero Pérez MC, Mesa Ruiz AM, Martínez Sánchez MI, Barroso García P. Estudio de la organización funcional en salas de fisioterapia de atención primaria del Distrito Levante Alto Almazora. En: Libro de Ponencias: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, pp. 245-246, 2006.
 12. Alcalde Pérez A, Cabrera Castillo MJ, de Orta Santiago J, Gálvez Chica R, Hidalgo Maroto M, Luna Cabrera F, y cols. Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria: guía de procedimientos. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003.
 13. Barra López M. Fisioterapia de Atención Primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia* 25: 159-169, 2003.
 14. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 16: 276-279, 2001.
 15. Badía Llach X. La satisfacción con el tratamiento. *Med Clin (Barc)* 125: 98-99, 2005.
 16. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Bioética: ética de las empresas sanitarias. [Internet]. La Coruña. *Fisterra.com Atención Primaria en la Red*; 2006 [acceso 30 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/empresas.asp>
 17. Argandoña A. Fosterings values in organizations. Reserarch paper nº 483. Chair of Economics and Ethics. Universidad de Navarra, 2002.
 18. Del Llano Señarís J, Millán Núñez-Cortés J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 118: 337-338, 2002.
 19. Atención primaria basada en la evidencia. *FMC. Form Med Contin Aten Prim* 12: 407-428, 2005.
 20. Murchland S, Wake-Dyster W. *Disabil Rehabil*. Nov 30; 28: 1425-1432, 2006.
 21. González Viejo MA, Oyarzabal A, Fernández Fernández de Leceta Z, Rotinen J, Arrizabalaga N, Ibáñez de Garayo E. Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación. *An Sist Sanit Navar* 28: 379-388, 2005.
 22. Andreo JA, Barrio M, Ramos RM, Torralba M, Herrero F, Saturno PJ. Evaluación, mejora

- y monitorización de la adecuación de ingreso y estancia en medicina interna con el muestreo de aceptación de lotes. Rev Calidad Asistencial 15: 88-92, 2000.
23. Rodríguez Padial L, Romero Gutiérrez A, Moreu Burgos J, Maicas Bellido C, Alcalá López J, Castellanos Martínez E, y cols. Efecto de la gestión de un servicio de cardiología en la atención del paciente cardiológico. Evolución de los indicadores asistenciales. Rev Esp Cardiol 55: 1226-1229, 2002.
24. Oteo Ochoa LA, Hernández Yáñez JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Nuñez-Cortés J, Gené Badía J (editores). Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, pp. 433-458, 1998.

Institución donde se hizo el trabajo: Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería.

Correspondencia: ANTONIO M. MESA RUIZ. C. Olmos, 2, puerta D. 04820 Vélez Rubio (Almería). Teléfono: 609969042. E-Mail: fisiomesa@yahoo.es