

Consentimiento informado, Fisioterapia y sanidad pública. Un estudio descriptivo transversal multicéntrico

Informed consent, Physiotherapy and public health. A multi-centre cross-sectional descriptive study.

M. C. Osuna-Pérez. Fisioterapeuta. Licenciada en Fisiatría y Kinesiología. Profesora Colaboradora. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España

M. C. López-Ruiz. Fisioterapeuta. Profesora Colaboradora. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España

A. Díaz-Fernández. Fisioterapeuta. Profesora Colaboradora. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España

M. Sánchez-Alcalá. Fisioterapeuta. Profesora Asociada. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Fisioterapeuta Unidad Móvil de Jaén. Jaén. España

Correspondencia:

María Catalina Osuna Pérez
mcosuna@ujaen.es

Recibido: 13 diciembre 2009

Aceptado: 19 marzo 2010

RESUMEN

Introducción: el consentimiento informado y, en definitiva, la información al paciente constituyen uno de los pilares fundamentales de nuestro ejercicio profesional. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de implicación en la toma de decisiones terapéuticas y el grado de consentimiento sobre las mismas que tienen los pacientes usuarios de diferentes servicios públicos de fisioterapia en la provincia de Jaén. *Material y método:* se ha realizado un estudio de diseño descriptivo transversal en el Servicio de Fisioterapia de 17 centros sanitarios públicos de la provincia de Jaén (7 Centros Hospitalarios y 10 Centros de Atención Primaria). Se ha reclutado una muestra de 287 pacientes que, cumpliendo los criterios de inclusión (ser mayor de edad y haber recibido un mínimo de 5 sesiones de fisioterapia) han autocomplimentado una breve encuesta que mide el Nivel de Consentimiento Terapéutico prestado. *Resultados:* de los 287 participantes, ninguno había prestado su Consentimiento por Escrito, 135 pacientes afirmaron estar informados, haber participado en la toma de decisiones y haber prestado el Consentimiento Verbal, 85 pacientes señalaron estar informados pero no haber participado en la toma de decisiones y no haber prestado ningún tipo de consentimiento (ni escrito ni verbal) y 67 pacientes reconocieron, además de no haber dado consentimiento, no estar informados acerca del tratamiento que estaban recibiendo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes que acudían a centros de Atención Especializada o Atención Primaria, en cambio hubo diferencias significativas en relación con el nivel académico y con la edad. *Discusión/conclusiones:* la utilización del consentimiento informado escrito es, en Fisioterapia, una práctica muy poco extendida. Se hace necesario que los profesionales fisioterapeutas conozcan que un gran número de pacientes no reciben toda la información que desean y aquella que necesitan para consentir el tratamiento de forma libre y voluntaria.

Palabras clave: consentimiento informado, información, Fisioterapia, sanidad pública.

ABSTRACT

Introduction: the informed consent and, definitely, the information given to the patient constitute one of the basic pillars of our professional practice. The objective of this study is, on the one hand, to know the patient's implication level about the therapeutic decision making and, on the other hand, the patient's degree of consent in different public Services of Physiotherapy in Jaén (Spain). Material and method: a study of cross-sectional descriptive design has been realised in the Service of Physiotherapy of 17 public sanitary centers in Jaén (7 Hospitals and 10 Primary Health Care Centers). A sample of 287 patients has been recruited. All of them fulfilled the inclusion criteria (to be of legal age and to have received a minimum of 5 physiotherapy sessions) and they have self-completed a brief survey that measures the Level of given Therapeutic Consent. Results: none of the 287 participants gave its Consent in writing, 135 patients affirmed to be informed, to have participated in the therapeutic decision making and to have given the Verbal Consent, 85 patients indicated to be informed but not to have participated in the decision making and neither to have given any type of consent (neither written nor verbal) and 67 patients recognized not to have given consent and not to be informed about the treatment that they were receiving. We didn't find statistically significant differences between patients who went to Hospital or Primary Health Care Center but, we have found significant differences in relation to the academic level and with the patient's age. Discussion/conclusions: the use of the written informed consent is, in Physiotherapy, a very low extended practice. It's looks necessary that the professional physiotherapists know that a great number of patients does not receive all the wished and necessary information in order to allow the treatment of free and voluntary form.

Key words: informed consent, information, physical therapy, public health.

INTRODUCCION

Uno de los aspectos más importantes en la relación fisioterapeuta-paciente es la comunicación y transferencia de información. El consentimiento informado y, en definitiva, la información al paciente constituyen un pilar básico de nuestro ejercicio profesional que en multitud de ocasiones suscita dudas, y se extiende más allá de cuestiones legales para adentrarse en el mundo de la ética y de la deontología.

La obligación de informar por parte de los médicos, sobre todo en lo referente a actos quirúrgicos es bastante conocida popularmente y la legislación es muy clara al respecto⁽¹⁾ pero, ¿qué ocurre con los fisioterapeutas?. La Ley deja claro que toda persona tiene derecho a que el profesional sanitario, en general, le facilite la información necesaria y suficiente para que pueda hacerse una idea correcta de su estado de salud, y sea capaz de decidir sobre los procedimientos a seguir en cada caso concreto. La información debe ser suficiente, adecuada y comprensible⁽²⁾.

Si atendemos a los datos del Barómetro Sanitario del 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo⁽³⁾, en una escala del 0 al 10 en referencia a la valoración de la información recibida sobre su problema de salud, los andaluces son los que dan la puntuación más baja: 6,87, frente a los navarros y manchegos que con un 7,63 y 7,65, respectivamente, son los que mejor valoran este aspecto.

Por otro lado el paciente tiene derecho al consentimiento informado. Éste se refiere al derecho que tiene el Usuario o su Familia para autorizar que se le presten los Servicios de Salud necesarios previamente explicados y consensuados. El consentimiento informado no es un acontecimiento aislado; es un proceso continuo, verbal o escrito (Formulario de Consentimiento Informado), que empieza en el momento en que el paciente entra en contacto con el profesional, en este caso el fisioterapeuta. Requiere voluntariedad, es decir, que sea un proceso libre, no coaccionado ni manipulado.

La Unidad de Calidad del INSALUD desarrolló en 1993 un programa de implantación de los formularios escritos de consentimiento informado en todos los hospi-

tales de la red. En los años sucesivos, casi todas las organizaciones sanitarias autonómicas han seguido su ejemplo. Esta medida contribuyó a introducir el consentimiento informado escrito como un elemento rutinario de la actividad clínica general, pero, lamentablemente, en la disciplina de Fisioterapia es una práctica muy poco extendida.

La Ley General de Sanidad⁽⁴⁾, el Código Deontológico de Fisioterapia⁽⁵⁾ y la Ley reguladora de la Autonomía del Paciente⁽⁶⁾ hacen referencia al derecho de información sanitaria y al consentimiento informado. La Ley General de Sanidad, en su artículo 10.5 explicita que el paciente tiene derecho «A que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento».

La Ley de Autonomía del Paciente de 41/2002, que entró en vigor el día 15 de mayo de 2003 establece, entre otras muchas cuestiones que: «La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad». El artículo 8 se refiere al Consentimiento Informado: «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista, haya valorado las opciones propias del caso» y añade «El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

Todos los Códigos Deontológicos de los distintos Colegios Profesionales de Fisioterapia indican que «Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitarla con las palabras más adecuadas»^(7, 8), y añaden que «El/la fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario». Además, el Código Deon-

tológico del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía explicita que «El fisioterapeuta obtendrá del paciente el consentimiento informado antes del tratamiento, el cual debe incluir: a) la naturaleza de la intervención propuesta; b) los riesgos materiales de daño o complicaciones; c) las alternativas razonables a la intervención propuesta; y d) las metas del tratamiento».

Se ha documentado que los pacientes no reciben toda la información que desean ni toda aquella que necesitan⁽⁹⁻¹¹⁾. Investigaciones recientes ponen de manifiesto que más del 50 % de los pacientes usuarios de la Fisioterapia desconocen los posibles riesgos o problemas que pueden surgir con el tratamiento⁽¹²⁾. Estas cifras son más alarmantes en otras disciplinas; Clifford⁽¹³⁾ comprobó que sólo el 14 % de los pacientes que se sometían a técnicas invasivas de la columna vertebral conocían los riesgos de la intervención terapéutica.

Hoy en día, las nuevas instituciones de salud, preocupadas por la *calidad asistencial*, quieren conocer la percepción de los pacientes sobre la atención sanitaria que reciben, en particular sobre la información recibida, el consentimiento y la toma de decisiones⁽¹⁴⁾ y son, sin duda, los propios pacientes lo más adecuados para dar cuenta de ello.

Por todo lo expuesto, el objetivo de este estudio es conocer el nivel de implicación en la toma de decisiones terapéuticas y el grado de consentimiento sobre las mismas que tienen los pacientes usuarios de los servicios de Fisioterapia de diversos centros públicos en la provincia de Jaén.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio de diseño descriptivo transversal de carácter multicéntrico, llevado a cabo en 17 centros sanitarios públicos de la provincia de Jaén: en 7 Centros Hospitalarios (Hospital Universitario Médico-Quirúrgico, Hospital Universitario Neurotraumatológico, Hospital Universitario Doctor Sagaz, Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, Hospital San Agustín de Linares, Hospital Alto Guadalquivir de Andújar y Hospital de Alcaudete) y en 10 centros de Atención Primaria (Centro de Salud de Martos, Centro de Salud Virgen de la Capilla, Centro de Salud de Torredelcampo, Centro de Salud de Mengíbar, Centro de Salud de Alcalá La Real,

Un estudio descriptivo transversal multicéntrico

Centro de Salud de Arjona, Centro de Salud de Bailén, Centro de Salud de Villargordo, Centro de Salud de Huelma y las cuatro Unidades Móviles de Fisioterapia para Atención Domiciliaria en la ciudad de Jaén).

Se reclutó, por conveniencia, una muestra de 287 pacientes. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, haber recibido, al menos, 5 sesiones de Fisioterapia y aceptar participar en el estudio, y como criterios de exclusión: ser menor de edad, no comprender el idioma o presentar una discapacidad grave que impida su participación.

La recogida de información se realizó a través de una breve encuesta elaborada a tal fin y diseñada por 5 jueces-expertos que cuentan con más de 10 años de experiencia profesional en la disciplina de Fisioterapia (figura 1). Los encuestadores/as fueron, además del equipo investigador, alumnos/as de tercer curso de Fisioterapia de la Universidad de Jaén que se encontraban en los centros mencionados realizando la asignatura Estancias Clínicas II. Todos ellos fueron previamente instruidos en una clase de asistencia obligatoria, en la que se especificó el objetivo del estudio, el modo de realizar la encuesta (debían asegurarse de la comprensión de la misma por parte de los pacientes) y la selección de los sujetos.

Todas las encuestas se realizaron en los centros mencionados el mismo día: 28 de mayo del 2009. El diferente horario en el que se encuestó a los pacientes y que condicionó la selección de los mismos, fue fijado al azar por el investigador principal teniendo en cuenta las posibilidades del centro. De esta manera quedó cubierta una franja horaria que osciló entre las 9.00 horas y las 20.00 horas (con excepción de las 14.00 y 15.00 horas, que se excluyeron por la habitual ausencia de servicios de Fisioterapia en este período horario).

La forma en que los pacientes se distribuyen por los centros, el horario cubierto fijado al azar y el tamaño muestral nos permite considerar que se trata de una muestra representativa de la población.

Variables de estudio

- Edad: se preguntó por la fecha de nacimiento y la edad en años.
- Sexo: el paciente debía marcar la casilla M (mujer) o V (varón)

– Nivel de instrucción: se preguntó por el grado de estudios que se clasificó en: Sin estudios, Primaria, Secundaria y Estudios Superiores

– Lugar y hora: se anotó el centro y la hora en la que se pasó la encuesta.

– Nivel de consentimiento terapéutico prestado en Fisioterapia: era el objetivo mismo de este estudio. El paciente, tras leer unas instrucciones sencillas, debía señalar la alternativa de respuesta que más se adecuara a su situación. Las distintas opciones eran autónomas entre sí, no se solapaban y se presentaron en vertical:

- La primera opción sería elegida por aquellos pacientes de fisioterapia que hubieran prestado su Consentimiento Informado por Escrito.

- La segunda opción aludía al Consentimiento Verbal.

- La tercera opción sería escogida por los pacientes informados sobre su tratamiento pero al margen de decisiones relativas al mismo.

- La última opción era para aquellos pacientes que ni siquiera habían recibido información acerca del tratamiento que estaban recibiendo.

Finalmente se creó una base de datos y se realizó el análisis mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se reclutó una muestra de 287 pacientes que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. De los 287 participantes finalmente incluidos, 140 (48,8 %) fueron hombres y 147 (51,2 %) mujeres. Estos porcentajes no son estadísticamente diferentes (Chi-cuadrado con p-valor = 0,679).

En cuanto al nivel de instrucción: 49 pacientes no tenían estudios (17,1 %), 98 tenían estudios primarios (34,1 %), 84 con estudios secundarios (29,3 %) y 56 con estudios superiores (19,5 %). Estos porcentajes son estadísticamente diferentes (Chi-cuadrado con p-valor = 0,001).

La edad media de los participantes fue de 52 años, el menor de ellos tenía 18 años y el mayor 91.

La distribución por centros quedó representada de la siguiente manera:

Fecha de nacimiento: Edad:años Sexo: M..... V

Grado de estudios (subraye): Sin estudios; Primaria; Secundaria; Superiores.

Fecha de inicio del tratamiento de Fisioterapia:

Describa brevemente su patología

.....

Lea atentamente:
Usted tiene derecho a recibir información acerca del tratamiento que está recibiendo, a participar en la toma de decisiones con respecto al mismo y a autorizarlo y a consentirlo.
Su respuesta nos ayudará a conocer cómo está la situación a este respecto.
Marque con una X a la izquierda la opción con la que se sienta mejor identificado.
Cualquier duda pregunte a su encuestador/a. Por favor, refleje su opinión con toda libertad.

¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas terapéuticas que se le están aplicando?

<input type="checkbox"/>	Sí, mi fisioterapeuta tras darme la información oportuna, ha consultado mi opinión y ha solicitado mi consentimiento por escrito (CONSENTIMIENTO ESCRITO)
<input type="checkbox"/>	Sí, mi fisioterapeuta, tras darme la información oportuna, ha negociado verbalmente (de palabra) conmigo las modalidades de tratamiento más convenientes para mí, pero no he firmado ningún documento (CONSENTIMIENTO VERBAL).
<input type="checkbox"/>	Me han explicado que sería conveniente realizar el tratamiento prescrito pero me han mantenido al margen de las decisiones relativas a mi tratamiento. No he prestado consentimiento, ni verbal ni escrito.
<input type="checkbox"/>	No han solicitado mi consentimiento. Ni siquiera me han dado información acerca de las medidas terapéuticas que estoy recibiendo.

Fig. 1. Encuesta autocumplimentada utilizada en este estudio.

– Centros públicos de atención especializada de la provincia de Jaén: un total de 150 pacientes (52,26 %) distribuidos en los siete centros hospitalarios mencionados con una media de 21,71 pacientes por centro y una desviación típica de 7,34.

– Centros públicos de atención primaria de la provincia de Jaén: un total de 137 pacientes (47,74 %) distribuidos en los once centros de atención primaria participantes con una media de 13,6 pacientes por centro y una desviación típica de 1,77.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Chi-cuadrado con p-valor = 0,443); son homogéneos, por lo que pueden compararse.

En cuanto a la variable de nuestro estudio acerca del consentimiento informado prestado: ningún paciente señaló la primera opción (Consentimiento Escrito), 135 pacientes afirmaron estar informados, haber participado en la toma de decisiones y haber prestado el Consentimiento Verbal, 85 pacientes afirmaron estar informados pero no haber participado en la toma de decisiones y no haber prestado ningún tipo de consentimiento (ni escrito ni verbal) y 67 pacientes reconocieron, además de no haber dado consentimiento, no estar informados acerca del tratamiento que estaban recibiendo. Esta distribución, en porcentajes, se presenta en la figura 2.

Si combinamos estas respuestas con el tipo de centro (Hospital o Centro de Salud) a través de una tabla de

contingencia (puede observarse la representación gráfica de las frecuencias de distribución en la figura 3), obtenemos que el centro en el que el paciente realiza Fisioterapia (Hospital o Centro de Salud) no condiciona la respuesta señalada (estadístico U de Mann-Whitney con $p = 0,62$).

Si combinamos estas respuestas con el nivel académico del paciente (Sin estudios, Primaria, Secundaria, Estudios Superiores) mediante una tabla de contingencia (puede observarse la representación gráfica de las frecuencias de distribución en la figura 4) obtenemos que a mayor nivel académico (pacientes con estudios superiores) mayor nivel de información y consentimiento prestado. Sin embargo, los pacientes con estudios primarios o sin estudios se reparten de modo más homogéneo entre los diferentes tipos de nivel de información y consentimiento establecidos en este estudio (estadístico Kruskal-Wallis con $p = 0,001$).

En relación con la edad, transformamos las puntuaciones directas obtenidas en rangos para poder calcular el coeficiente de correlación Rho de Spearman y obtenemos una asociación significativa (p -valor = 0,001) e inversa (-0,394) lo que significa que a mayor edad menor nivel de información y consentimiento.

El dato anterior nos obliga a realizar una correlación entre la edad y el nivel académico. Se obtiene, de nuevo, el estadístico Rho de Spearman que arroja una asociación altamente significativa (p -valor = 0,001) e inversa (-0,561), lo que significa que, como cabría esperar (porque es lo que ocurre en nuestra sociedad), a mayor edad, menor nivel de estudios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La utilización del consentimiento informado escrito en Fisioterapia es una práctica apenas realizada, a pesar de que existen técnicas terapéuticas habituales que pueden conllevar un riesgo para la salud del paciente⁽¹⁵⁾. Este aspecto queda perfectamente reflejado en nuestro estudio ya que ningún paciente firmó un Formulario de Consentimiento Informado y, en este sentido, es importante señalar que diversos estudios^(16, 17) afirman que los pacientes agradecen disponer de un soporte escrito a lo informado verbalmente, aumentando su grado de satisfacción con la información obtenida.

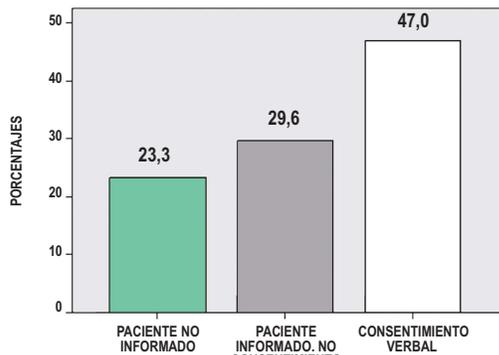


Fig. 2. Distribución, en porcentaje, en función de la respuesta señalada en la encuesta.

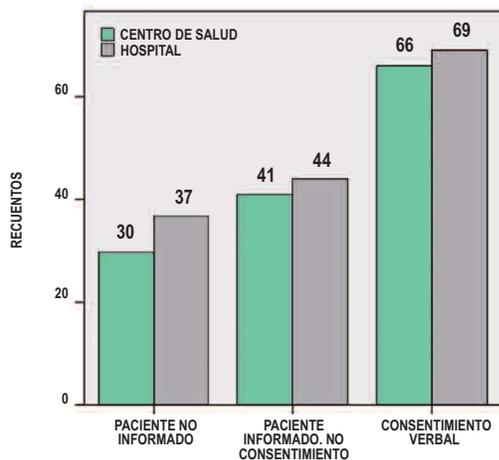


Fig. 3. Distribución, en frecuencia, en función de la opción de respuesta señalada y el centro donde realiza Fisioterapia.

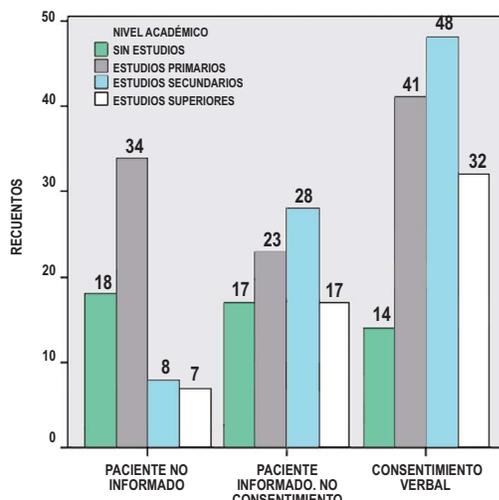


Fig. 4. Distribución, en frecuencia, en función de la opción de respuesta señalada y el nivel académico del paciente.

Otras investigaciones⁽¹⁸⁻²⁰⁾ relacionan deficiencias en la información, con la edad y el nivel de instrucción. En nuestro estudio se observan diferencias entre el nivel académico de un paciente y el de información y consentimiento prestado, en el sentido de que a mayor nivel académico mejor es la información y participación en la toma de decisiones terapéuticas. Por ello, los profesionales fisioterapeutas deben hacer un esfuerzo para aportar una información, que además de completa y suficiente, sea clara y comprensible, adaptándose al nivel de entendimiento de cada uno de los pacientes que atienden.

La edad, que en nuestra sociedad actual tiene relación inversa con el nivel académico y así ha quedado reflejado en nuestro estudio, es otro factor determinante en esta comunicación sanitaria que demanda de los fisioterapeutas mayor atención, paciencia y claridad en las exposiciones y explicaciones, para que estos pacientes mayores también puedan participar y consentir el tratamiento recibido.

Un adecuado conocimiento por parte del paciente acerca del tratamiento que le va a ser aplicado facilitará su cooperación, motivación y adherencia al tratamiento⁽²¹⁾. Asimismo, se ha contrastado en otras disciplinas que un alto nivel de información va asociado a una mayor tranquilidad y confianza por parte del paciente^(22, 23). Méndez Calixto⁽²⁴⁾ demostró una relación positiva directa del 80 % entre nivel de información y buena actitud ante el tratamiento.

En opinión de Quintana Trías⁽²⁵⁾ un paciente bien informado es un paciente que tiene unas expectativas acordes con la realidad. Es la mejor forma de prevenir la insatisfacción. La única forma de que esté satisfecho con la asistencia que recibe, dando por supuesto que es la adecuada, es que conozca toda la información en relación con su enfermedad⁽²⁶⁾. De esta manera adecuará sus expectativas a su situación real.

En la disciplina de Fisioterapia, sea ámbito público o privado, la información facilitada al paciente acerca de su patología, técnicas de tratamiento fisioterapéutico, número de sesiones necesario, expectativas de resultados, e incluso recomendaciones prácticas, constituyen un pilar básico del ejercicio profesional, que en muchas ocasiones no recibe la importancia ni la dedicación temporal adecuadas. Por ello, es necesario que los profesionales fisioterapeutas comprendan cómo una información

clara y completa puede mejorar el nivel de confianza del usuario en la disciplina fisioterapéutica, su grado de satisfacción^(27, 28) y, por tanto, condicionar los resultados terapéuticos obtenidos^(29, 30).

Existen otras razones por las que la Fisioterapia debe facilitar la información completa al individuo, y son las de dar a conocer los servicios, hacer que este conocimiento sea compartido por los pacientes, aumentar la oferta de servicios, ampliar su demanda por parte de la población e incrementar las competencias. Esto, sin duda, permitirá actualizar y desarrollar la autonomía profesional y dar cobertura legal a la praxis fisioterapéutica.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, es necesario mencionar que el muestreo no ha sido estrictamente probabilístico (limitación en la validez externa). Para subsanar, en cierta medida, este sesgo de selección los encuestadores reclutaron a los pacientes del servicio de Fisioterapia en cuestión a partir de una hora predeterminada y elegida al azar por el investigador principal. La amplia muestra y el hecho de que estén representados un número importante de Centros Sanitarios de Jaén, hacen que los hallazgos deban de ser tenidos en cuenta.

Podría existir un sesgo de información ya que los datos se obtuvieron de una encuesta autocumplimentada. Para resolver el sesgo del observador y del observado, se instruyó adecuadamente a los encuestadores (asistencia obligatoria a 1 hora de clase presencial) para que explicasen las instrucciones de cumplimentación de la encuesta y se aseguraran de la comprensión de la misma. Además, los pacientes dispusieron de tiempo suficiente y la posibilidad de consultar las dudas surgidas.

Por último, los hallazgos principales de este estudio (que en Fisioterapia no se firma el Consentimiento Informado y que el nivel de información terapéutica y consentimiento prestado está en relación con la edad y el nivel académico de los pacientes) pueden ser, fuente de hipótesis para estudios futuros que deberán diseñarse a tal respecto. Estudios de tipo descriptivo como comparar el nivel de información y consentimiento de los pacientes usuarios de fisioterapia en centros públicos y privados, e incluso se podría diseñar un estudio de tipo experimental y medir cómo una determinada actividad educativa podría influir en el nivel de información y consentimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Pantoja Zarza L. El consentimiento Informado. ¿Sólo un requisito legal?. *Rev Esp Reumatolog.* 2004; 31 (8): 475-8.
- Pastor Bravo M, Rodes Lloret F. Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General. *Información y Consentimiento.* Semergen. 2005; 31 (5): 223-29.
- Msc.es (página de Internet). Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario. *Información Anual* (actualizado 20 mayo 2009, consultado 20 mayo 2009). Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/informeAnual.htm>
- Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de abril. (BOE 29/04/1986).
- Consejo-Fisioterapia.org (página de internet). Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Códigos Éticos. (actualizado 25 de noviembre, consultado 25 de noviembre). Disponible en: <http://www.consejo-fisioterapia.org/>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/12/2002).
- Cfisiomad.org (página de internet) Madrid. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Madrid (actualizado 24 noviembre de 2009; consultado 24 de noviembre de 2009). Disponible en: <http://www.cfisiomad.org/>
- Efisioterapia.net (página de internet) Valencia. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (actualizado 24 noviembre de 2009; consultado 24 de noviembre de 2009). Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/>
- Granados Malaver M, Patiño González JJ, Pirateque Niño MC. Calidad de la Información en la Presentación de los Servicios de Salud que da el Personal de Enfermería y de Apoyo a los Usuarios Familiares y Acompañantes en el Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Tunja. *Biblioteca Lascasas.* 2006; 2 (3): 1-95.
- Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2007; 23 (1): 1-20.
- Amezcuca M, Cintado JJ, Del Río S, Martos E, Pérez F, Terol J. La falta de conocimientos del usuario sobre su proceso: un problema frecuente en la asistencia ambulatoria especializada. *Biblioteca Lascasas.* 2007; 3 (2): 1-21.
- Beattie PF, Nelson RM, F, Lis A. Spanish-Language Version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS): Preliminary Validation. *Physical Therapy.* 2007; 87 (6): 793-800.
- Everett CR, Novoseletsky D, Cole S, Frank J. Informed consent in interventional spine procedures. How much do patients understand?. *Pain Physician.* 2005; 8: 251-5.
- Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias y los modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2005.
- Langworthy JM, Cambron J. Consent: its practices and implications in United Kingdom and United States chiropractic practice. *J. Manipulative Physiol Ther.* 2007 Jul-Aug; 30 (6): 419-31.
- Valiño Paws C, Pedre Seoane M, Pita Barral MC. ¿Llega la información a nuestros pacientes de la forma que deseamos?. *Enferm Científ.* 2003 May-jun; 4 (8): 254-5.
- Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess.* 2007; 11 (5): 1-160.
- Kusec S, Oresković S, Skegro M, Korolija D, Busić Z, Horzić M. Improving comprehension of informed consent. *Patient Educ Couns.* 2006 Mar; 60 (3): 294-300.
- Macián Gisbert V, Pascual LM. ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?. *Rev ROL Enferm.* 1996; 220: 18-20.
- Gasull M, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Välimäki M, et al. Autonomía y Consentimiento Informado en Centros Sociosanitarios en Cataluña. *Percepciones de ancianos y enfermeras en España.* *Enfermería Clínica* 2002; 12 (1): 6-12.
- Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Valera-Garrido JF, Collins SM. Self-management of chronic neck and low back pain and relevance of information provided during clinical encounters: an observational study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009 Oct; 90 (10): 1734-9.
- Alfonso Pérez DP, Fernández Vázquez M, García Navarro S, Contreras Pereira I, Cumbreiras Díaz EM, Martín Sánchez B. Información Enfermería: satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. *Biblioteca Lascasas.* 2007; 3 (1): 1-36.
- Gasull M, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Välimäki M y cols. Au-

M. C. Osuna-Pérez A. Díaz-Fernández
M. C. López-Ruiz M. Sánchez-Alcalá

**Consentimiento informado,
Fisioterapia y sanidad pública.
Un estudio descriptivo transversal multicéntrico**

- tonomía y Consentimiento Informado: cuestiones éticas de los cuidados maternos en España. *Enfermería Clínica*. 2001; 11 (5): 191-200.
24. Méndez Calixto G. Actitud del paciente para ejercer sus derechos con base a información y conocimiento. *Rev Mex Enferm Cardiológica*. 2006; 14 (1): 5-9.
25. Quintana Trías O. Bioética y Consentimiento Informado. En: Casado M, editor. *Materiales de Bioética y Derecho*. 1ª ed. Barcelona: Cedecs; 1996, pp. 157-170.
26. Hawk C, Long C, Perillo M, Boulanger K. A Survey of US Chiropractors on Clinical Preventive Services. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2004; 27 (5): 287-98.
27. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal Continuity of Care Is Associated With High Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy*, 2005 October; 85 (10): 1046-52.
28. Goldstein MS, Elliott SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2000; 80: 853-63.
29. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, et al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 2006 (49): 600-8.
30. Kovacs FM, Llobera J, Gil Del Real MT, et al. Validation of the Spanish version of the Roland-Morris questionnaire. *Spine*. 2002; 27: 538-42.