



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA
EN SAN LUIS POTOSÍ**

Tesis

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

L. E. F. ALMA TERESA ALVAREZ CAMACHO

DIRECTOR:

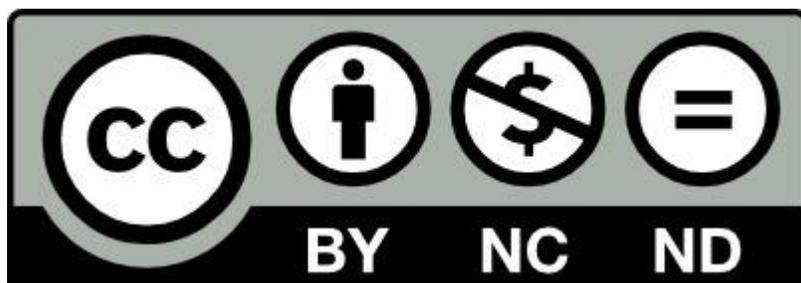
DR. DARIO GAYTÁN HERNÁNDEZ

COASESORA:

DRA. MARIBEL CRUZ ORTÍZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

AGOSTO 2020



Evaluación de la cobertura, accesibilidad y calidad del servicio de fisioterapia en San Luis Potosí por Alma Teresa Alvarez Camacho se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA
EN SAN LUIS POTOSÍ**

Tesis
Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:
L. E. F. ALMA TERESA ALVAREZ CAMACHO

DIRECTOR:

DR. DARIO GAYTÁN HERNÁNDEZ

COASESORA:

DRA. MARIBEL CRUZ ORTÍZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

AGOSTO 2020



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**EVALUACIÓN DE LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA
EN SAN LUIS POTOSÍ**

**Tesis
Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública**

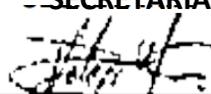
**PRESENTA:
L. E. F. ALMA TERESA ÁLVAREZ CAMACHO**

SINODALES

PRESIDENTE



DRA. PAOLA ALGARA SUAREZ

SECRETARIA


DRA. GLORIA PATRICIA VELÁZQUEZ MOTA

VOCAL


DR. DARÍO GAYTÁN HERNÁNDEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., MÉXICO.

AGOSTO 2020

Resumen

Objetivo: Evaluar la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de fisioterapia (SF) en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), 2 Centros de rehabilitación integral (CRI) y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) en San Luis Potosí.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. Los centros de rehabilitación (CR) fueron seleccionados por conveniencia. Las variables se midieron por información del CREE y por instrumentos validados. Los participantes fueron personas con discapacidad (PCD) física que acudieron al SF y que voluntariamente decidieron participar en el estudio, cuidadores o papas de niños menores de 18 años. Los datos fueron capturados en el programa estadístico SPSS.

Resultados: La cobertura de los SF en general fue baja. En términos generales la accesibilidad es regular, el puntaje oscila de 13 a 65, con media de 43.28, mediana de 42, moda de 43, y desviación estándar de 5.36. En la calidad en términos generales fue alta, el puntaje oscila de 15 a 75 con media de 70.25, mediana de 73, moda de 75, y desviación estándar de 5.88.

Conclusiones: En la cobertura los datos son contradictorios y eso puede obedecer a dificultades centradas en la organización de los servicios y en el diseño de los perfiles de los profesionales. La accesibilidad no es del todo la deseable. Y la calidad si bien es percibida como buena, los indicadores duros, establecen que, no es lo suficientemente buena.

Palabras clave: fisioterapia, rehabilitación, accesibilidad, calidad, cobertura.

Abstract

Objective: To evaluate the coverage, accessibility and quality of physiotherapy services (SF) in the Center for Rehabilitation and Special Education (CREE), 2 Comprehensive Rehabilitation Centers (CRI) and 3 Basic Rehabilitation Units (UBR) in San Luis Potosí.

Methodology: Quantitative, descriptive, observational and cross-sectional study. The rehabilitation centers (RC) were selected for convenience. The variables were measured by information from the CREE and by validated instruments. The participants were people with physical disabilities (PCD) who attended the SF and who voluntarily decided to participate in the study, caregivers or parents of children under 18 years of age. The data were captured in the SPSS statistical program. **Results:** SF coverage was generally low. In general terms, accessibility is regular, the score ranges from 13 to 65, with a mean of 43.28, median of 42, mode of 43, and standard deviation of 5.36. In general terms, the quality was high, the score ranged from 15 to 75 with a mean of 70.25, median of 73, mode of 75, and standard deviation of 5.88. **Conclusions:** In terms of coverage, the data are contradictory and this may be due to difficulties centered on the organization of services and on the design of professional profiles. Accessibility is not entirely desirable. And the quality, although it is perceived as good, the hard indicators establish that it is not good enough.

Keywords: physiotherapy, rehabilitation, accessibility, quality, coverage.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mis papas y hermana por siempre apoyarme en toda mi vida al mi director el Dr. Darío Gaytán Hernández y mi coasesora la Dra. Maribel Cruz Ortiz por estar siempre que necesitaba una asesoría.

Índice

Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Agradecimientos.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN.....	4
II. HIPÓTESIS	10
2.1 Pregunta de investigación	10
III. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos específicos	11
IV. MARCO TEÓRICO	12
4.1 Discapacidad	12
4.1.1 Definición	12
4.1.2 Clasificación de la discapacidad	13
4.1.3 Modelos de la discapacidad.....	14
4.2 Rehabilitación.....	16
4.2.1 Definición	16
4.3 Fisioterapia	17
4.3.1 Definición	17
4.3.2 Campos de acción.....	17
4.3.3 Área de fisioterapia (Terapia física).....	18
4.3.4 Especialidades de fisioterapia	20
4.3.5 Técnicas de fisioterapia	22
4.3.6 Ejercicios terapéuticos	52
4.4 Fisioterapeuta.....	53
4.5 Servicios de salud.....	53
4.6 Cobertura de servicio de salud.....	54
4.7 Accesibilidad a servicios de salud	55

4.7.1	Dimensiones de Accesibilidad	55
4.8	Calidad del Servicio de Salud.....	57
4.8.1	Dimensiones de calidad de servicio	57
4.8.2	Oportunidad de la atención.....	58
4.9	CREE, CRII y UBR.....	59
4.9.1	Centro de Rehabilitación y Educación Especial	59
4.9.2	Centro de Rehabilitación integral.....	59
4.9.3	Unidad Básica de Rehabilitación.....	60
4.10	Antecedentes	61
4.11	Normas y leyes	64
V.	METODOLOGÍA.....	66
5.1	Tipo de estudio.....	66
5.2	Diseño Metodológico.....	66
5.3	Límites de tiempo y espacio	66
5.4	Universo	66
5.5	Población	67
5.6	Muestra	67
5.7	Criterios de selección.....	68
5.7.1	Criterios de inclusión.....	68
5.7.2	Criterios de exclusión.....	68
5.7.3	Criterios de eliminación	68
5.8	Variables	68
5.9	Instrumentos.....	69
5.9.1	Cobertura	69
5.9.2	Accesibilidad.....	69
5.9.3	Calidad	70
5.10	Procedimientos.....	72
5.11	Análisis estadístico.....	73
5.12	Prueba piloto	74
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	75

6.1. Consideraciones internacionales	75
6.2. Consideraciones nacionales	75
6.4 Derechos de autoría	76
6.5 Declaración de no conflicto de intereses.....	76
VII. BIBLIOGRAFIA.....	77
VIII. ANEXO	87
Anexo1: Operacionalización de las variables	88
Anexo 2: Hoja de registro.....	89
Anexo 3: instrumento accesibilidad	90
Anexo 4: instrumento de calidad SERVPERF	91
Anexo 5: Carta de consentimiento informado.....	92
Anexo 6: Carta de asentimiento informado	93
Anexo 7: Cronograma de actividades	94
Anexo 8: Presupuestos.....	95
Anexo 9: Carta de no conflicto de interés.....	96
Anexo 10: Carta comité académico.....	97

Índice de figuras

Figura 1: Densidad de fisioterapeutas en determinados países (alrededor de 2004).....	5
---	---

Índice de tablas

Tabla 1: Ejercicios terapéuticos	52
Tabla 2 Muestra estimada por centro de rehabilitación elegido.....	67

INTRODUCCIÓN

La evaluación de los servicios de salud (SS) es un tema muy relevante en Salud Pública desde hace ya varios años, pero aún existen muchos vacíos de conocimiento al respecto. Particularmente los servicios de salud que no están propiamente dentro del sector salud, y atienden a grupos vulnerables, han sido poco abordados desde la evaluación y ese es el caso de los servicios de fisioterapia. Dado lo anterior, el propósito de esta investigación fue obtener evidencia sobre su cobertura, accesibilidad y calidad con la finalidad de que esa información sirva para la toma de decisiones en la planificación de los servicios.

La rehabilitación es una disciplina dentro de la salud pública cuyo objetivo es alcanzar el mayor nivel posible de capacidad funcional. Dentro de la rehabilitación se encuentra la fisioterapia, que se encarga de la rehabilitación física (RF). Esta área ha cobrado auge en las últimas décadas en la atención a personas con discapacidad debido al incremento en el tamaño de esta población que no solo está compuesta por personas con discapacidad congénita sino también, y cada vez más, por personas con discapacidad adquirida por enfermedad, envejecimiento o accidentes.

Para tener una idea sobre la importancia que la atención a las PCD reviste para la salud pública, es necesario analizar las cifras que señalan que alrededor de mil millones de personas en todo el mundo se encuentran en esa condición y suman con ello el 15% de la población total que se constituyen así en la mayor minoría.

Aunque comúnmente se cree que las PCD física son quienes requieren de la fisioterapia, la realidad es que la fisioterapia en general juega un papel importante para todas las PCD, sea cual sea el tipo o grado de deficiencia (referido a la función o estructura corporal) porque ello puede limitar la capacidad de realizar una o más actividades básicas de la vida diaria y potenciar la restricción en la participación sobre todo cuando los factores ambientales (físicos, sociales y actitudinales) no promueven la inclusión de las PCD.

Cuando se habla de inclusión en el ámbito de la discapacidad, se alude sobre todo a las transformaciones que es necesario realizar en el ambiente para promover su acceso. En el caso de esta tesis no se aborda centralmente el tema de la inclusión, pero sí de forma indirecta, ya que se pretende estudiar la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de fisioterapia brindados por unidades de rehabilitación adscritas al sector de asistencia social (DIF).

La importancia de la cobertura en los SS públicos radica no solo en la mejora la salud de las personas y su esperanza de vida, sino también en la protección que provee a los países frente a las epidemias, la reducción de la pobreza y el riesgo de padecer hambre así como la creación de empleos, impulso al crecimiento económico y promoción de la igualdad de género (1).

La accesibilidad a los servicios de salud es indispensable, ya que cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física (2).

La calidad en la asistencia sanitaria es el grado en que los SS aumentan la probabilidad de tener resultados de salud deseados y sean consistentes con el conocimiento profesional de manera que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo (3).

De acuerdo con los planteamientos anteriores, este proyecto se formuló con la intención de identificar ¿Cuál es la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de fisioterapia en unidades de rehabilitación del estado de San Luis Potosí? Para ello se formuló el presente protocolo que está estructurado en tres grandes apartados con siete capítulos, el primero apartado presenta la importancia que reviste este tema, así como los principales planteamientos teóricos y evidencia disponible. Ese apartado incluye los objetivos y por ello da pauta a que en el segundo apartado se presente la metodología

seguida para alcanzarlos, incluyendo las regulaciones éticas contempladas para su desarrollo.

Por último, en el tercer apartado, se muestran los resultados obtenidos en la evaluación de 6 centros seleccionados por conveniencia siguiendo el criterio de encontrarse en los municipios que concentran mayor cantidad de población en el estado de San Luis Potosí. En el cierre del trabajo se encuentran las referencias bibliográficas y los anexos.

I. JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de la discapacidad va en aumento y ello está asociado a cambios poblacionales tales como: una mayor sobrevivencia y expectativa de vida acompañada muchas veces de limitaciones funcionales por enfermedad o vejez, un incremento en la presencia de secuelas asociadas a las enfermedades crónicas y los accidentes que con frecuencia originan una discapacidad (4).

Dado lo anterior, se puede decir que la mayoría de las personas en un futuro, podrían presentar una discapacidad temporal (DT) o permanente (DP) en algún momento de sus vidas, ya sea congénita o adquirida. Los datos a nivel mundial señalan que ya en el 2010 existían más de 1000 millones de PCD y de ellas aproximadamente 200 millones experimentaban dificultades importantes en su funcionamiento, casi 110 millones experimentaban dificultades muy significativas en su funcionamiento y 190 millones discapacidad grave (4).

En el caso de América Latina y el Caribe, el crecimiento de este grupo de población ha sido sostenido, ya que entre 2001 y 2013 aumentó hasta llegar a 70 millones, lo que representó el 12.5% de la población regional (5) (6). En 2014 México se reportaron 7.6 millones de PCD lo cual significa el 6.4% de la población del país, y fue la discapacidad motriz la más prevalente con 2.6 millones (7). A nivel local, los datos son semejantes puestos que para el mismo año las limitaciones más reportada también pertenecen al área motriz y se centran en dificultades para caminar, subir o bajar usando sus piernas o para mover o usar sus brazos o manos (7).

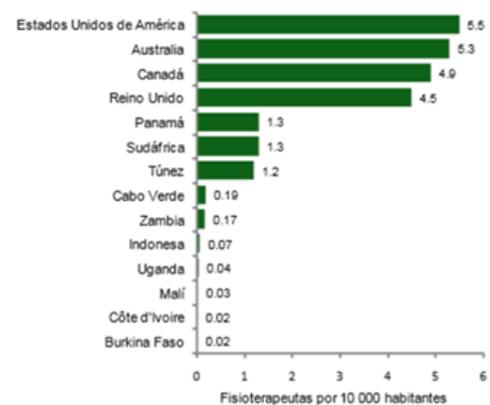
Frecuentemente se habla de las PCD como un grupo minoritario, pero, en términos globales constituyen la más grande minoría; adicionalmente al tamaño de este grupo se encuentra la necesidad de fortalecer su atención en los SS, ya que se sabe que las PCD tienen peores resultados sanitarios y ello conlleva a una menor participación económica y, por lo tanto, tasas de pobreza más elevadas que el resto de la población (4).

Si bien las PCD requieren de los SS en su conjunto, es el área de Rehabilitación una de las más solicitadas dado que brinda un conjunto de intervenciones que busca desarrollar, fortalecer o recuperar las capacidades funcionales de las personas tanto físicas como psicológicas. (8) En el aspecto físico es concretamente la fisioterapia el área que se encarga de esa tarea mediante la promoción de la salud, la prevención de lesiones y la provisión de tratamientos. Si se toma en consideración que la mayoría de las PCD tienen discapacidad motriz es fácil entender la importancia de este servicio para ese colectivo (9).

Dado que los SS son indispensable para las PCD, enfrentan una gran variedad de barreras relacionadas con su salud durante toda su vida y se reporta la cobertura, accesibilidad y calidad como los principales obstáculos para obtener la atención médica que necesitan (4)(10). Por estas razones, el presente proyecto se centró en evaluar la cobertura, accesibilidad y calidad del servicio de fisioterapia dada su importancia para las PCD. Para poder ubicar el problema, se hablará de cómo han sido evaluadas estas variables y la relación que existe entre ellas.

En primer lugar, para hablar de cobertura de los servicios, es necesario hablar de la existencia y disposición de los profesionales de esta área. Un estudio publicado en 2004, señala que a nivel mundial existen diferencias entre países y regiones en el número de fisioterapeutas y se observaron las densidades más bajas en los países de bajos y medianos ingresos, varios de ellos situados en África, hogar de millones de PCD (Imagen1) (11).

Figura 1: Densidad de fisioterapeutas en determinados países (alrededor de 2004)



Fuente: Global Atlas of the Health Workforce (extracción personalizada, junio de 2009)

Entre países de una misma región, se repiten las diferencias. Por ejemplo en 2014, la oficina estadística de la Comisión Europea (Eurostat), señaló que en España había 91 fisioterapeutas por cada 100,000 habitantes, en una ratio semejante a Malta con 95, Chipre 86 y República Checa con 79, pero con

mucha diferencia con países como Finlandia y Alemania que encabezan el ranking y superan los 210 fisioterapeutas por 100 mil habitantes (12).

La información correspondiente al continente americano es mucho más escasa, pero la página de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre rehabilitación, señala que el personal general de salud capacitado en rehabilitación es muy escaso en la mayoría de los países, y expresa que esto determina que la asistencia médica no sea apta (14).

En relación con los servicios disponibles y las necesidades insatisfechas, un artículo mencionado en el Informe Mundial de la Discapacidad y realizado en Tonga, apunta que cerca del 20% de las PCD requería fisioterapia pero solo el 6% la recibía (4), lo que evidencia una cobertura insuficiente.

En México la Encuesta Nacional de Percepciones de la Discapacidad (ENPDis), realizada en 2010, señala que de todas las PCD que contestaron esa encuesta, solo el 13.6% había utilizado el servicio de rehabilitación (SR) (15). La escasa disposición de SR podría explicar lo anterior. Por ejemplo, un estudio realizado en Tabasco en 2016 señala que de los 752 establecimientos de salud del estado, solo 14 otorgaban SR (16).

Otro ejemplo son los datos brindados en 2016 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en la ciudad de México, institución pública de asistencia social, que al realizar una evaluación interna de operación y satisfacción del Programa de Atención a PCD en las UBR encontró que la cobertura de atención es menor a dos puntos porcentuales (17). A nivel local no se encontraron datos disponibles sobre cobertura en rehabilitación.

Cobertura y accesibilidad son términos complementarios, porque la existencia del uno sin el otro limita o imposibilita la provisión de los servicios. La accesibilidad es la cualidad de fácil acceso para que cualquier persona, pueda llegar a un lugar, objeto o servicio. Para que ello sea posible, es necesario que exista ese lugar, objeto o servicio, es decir que exista cobertura. Pero de muy poco sirve su presencia si no existen las condiciones para

llegar o estar en él, es decir la accesibilidad. De la misma forma también es cierto que las facilidades para llegar a una unidad de salud no sirven de nada si en ese lugar no se ofrece el servicio.

El término accesibilidad ha sido ampliamente debatido y definido de forma más o menos extensa dependiendo del marco de referencia que se use, sin embargo, hay cierto consenso sobre su multidimensionalidad. Así la ONU a través de su Consejo Económico y Social señala que al menos se compone de a) No discriminación, que hace énfasis en el derecho y la equidad de los servicios para todas las personas; b) accesibilidad física, que se refiere a los aspectos geográficos y arquitectónicos; c) accesibilidad económica también llamada asequibilidad y centrada en el poder económico equitativo y d) acceso a la información que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información (13).

En el Informe mundial de la discapacidad 2011, se retoman estudios que abordan algunas de las dimensiones señaladas que pueden constituir barreras para el acceso a los servicios de salud en general. Un ejemplo de lo anterior es un estudio desarrollado en la India que detecta como barreras principales de acceso, el costo señalado en el 70.5% de los casos, la falta de servicios en el 52.3% y el transporte en 20.5% (4).

La dificultad que existe en la literatura para acotar el término accesibilidad, y por lo tanto comparar estudios, es evidente puesto que diversos trabajos incluyen en ella tanto la disponibilidad como la calidad de los servicios. Por ejemplo, un artículo de Colombia, publicado en el 2009, señala como principales barreras para la accesibilidad a los SR, la falta de calidad de la atención en salud, la pobre cobertura de los SS, los costos, la falta de inclusión de las ayudas técnicas y las barreras arquitectónicas de los centros que prestan SR (18).

Cuanto el término se usa desde la perspectiva de los servicios para PCD, se enfatiza en los aspectos arquitectónicos y de comunicación. Así, en la Encuesta Nacional de Percepción de la Discapacidad (ENPdis) se señalan como principales barreras de los centros de rehabilitación los temas relacionados con el acceso a la información dado que solo en el 23.9% de estas unidades se utiliza lengua de señas y en el 15.5% se cuenta

con información disponible en Braille. Si bien es cierto, también se identifican barreras físicas como la falta de rampas, espacios amplios o presencia de sanitarios exclusivos para personas con silla de ruedas, es en una medida bastante menor a los aspectos anteriores. Por otra parte, se resalta que el sistema de transporte colectivo presenta muchas barreras a la movilidad de las PCD y eso muestra la necesidad de diferenciar el estudio de barreras contextuales asociadas a la organización social de los servicios colectivos (16).

En términos globales también se habla de acceso a la salud para referirse al derecho a recibir servicios de salud, por ejemplo en la evaluación interna, del DIF de la ciudad de México, se señala que en el 2016 solo el 2.6% de las PCD tuvieron acceso a las UBR (17), y aunque es evidente que acceso y accesibilidad tienen connotaciones distintas, el dato ayuda a reflexionar sobre cuantas PCD han tenido la posibilidad de transformar el derecho en un hecho.

Una tercera variable, complementaria a cobertura y accesibilidad es la calidad. Retomando el ejemplo anterior, si se tiene cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, pero la calidad ofrecida en los servicios es baja o nula, esto se puede ver reflejado en los resultados de los tratamientos de los usuarios, donde podría afectar o bien no obtener mejorías o avances en sus afecciones, y de igual forma si existe calidad, pero no accesibilidad, sería una inversión que no reeditaría beneficios.

Aunque a nivel mundial hay infinidad de publicaciones sobre la calidad de los servicios de salud, sobre los servicios de fisioterapia en específico, la literatura es escasa. Puntualmente algunos trabajos desarrollados se centran en la satisfacción como una de las dimensiones más evaluadas en el aspecto de la calidad. Así, un trabajo desarrollado en Cuba al evaluar la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios en la sala de Fisioterapia, identificó que los servicios eran muy cálidos pero poco técnicos y sin embargo, los usuarios estuvieron satisfechos (20).

En el documento del DIF sobre las PCD en la Ciudad de México, también se analiza la satisfacción de las personas beneficiarias del programa y se identifican resultados

positivos respecto a la imagen, calidad de gestión, calidad del beneficio, satisfacción y expectativas que genera el programa, ya que casi la totalidad de los derechohabientes perciben beneficios en su vida diaria como resultado de los servicios otorgados (17).

Como es evidente, los estudios relacionados con la cobertura, la accesibilidad y la calidad de los servicios de rehabilitación a nivel mundial, continental y nacional son escasos. Hablando particularmente de la fisioterapia, los estudios publicados son insuficientes y fragmentarios y ello se relaciona en buena medida con la falta de información acerca de la fisioterapia y de voluntad política para incorporarla de manera habitual en los servicios de salud (13). Por consiguiente, la importancia que tiene la realización de este estudio radica en buena medida en generar información que fortalezca la evaluación de estos servicios y su planeación de cara al futuro.

Además, la evaluación y promoción del acceso equitativo a los SS se encuentra en el terreno de funciones esenciales de la salud pública y en el contexto de la provisión de servicios de salud, se convierte en un mecanismo de redistribución de recursos para compensar las desigualdades en los diferentes sectores de la sociedad (22).

Los beneficios de este trabajo se centran en la utilidad que la información generada puede brindar para orientar a los tomadores de decisiones para el uso efectivo de los recursos y el mejor funcionamiento de los centros, además de establecer puntos de comparación para evaluar el cambio a lo largo del tiempo.

II. HIPÓTESIS

- La cobertura de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí son insuficientes.
- La accesibilidad de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí es mala.
- La calidad de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí es baja.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de fisioterapia en unidades seleccionadas de rehabilitación en el Estado de San Luis Potosí?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí, de agosto del 2019 a febrero del 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Estimar la cobertura de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí.
- Identificar la accesibilidad de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí.
- Valorar la calidad de los servicios de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, 2 Centros de Rehabilitación Integral y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación en San Luis Potosí.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Discapacidad

En el tema de la discapacidad con el desarrollo de la humanidad, y quizá como resultado del mismo, las percepciones sobre las PCD se han transformado sustancialmente, las tradiciones y creencias han tenido un papel significativo, igualmente la evolución de las ciencias en sus diferentes campos, y el enriquecimiento de los enfoques de intervención (23). A continuación, se mencionarán algunas de las definiciones que se han usado a lo largo del tiempo.

4.1.1 Definición

La discapacidad fue presentada por un largo tiempo como un problema propio del sector de la salud, las PCD al inicio eran consideradas individuos con defectos físicos y mentales, durante los últimos años, el concepto de discapacidad se ha ido cambiando, hasta llegar a una nueva orientación, que contempla a la PCD como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades (24).

El termino discapacidad ha sido definido por varios autores que, en términos generales, lo consideran como una deficiencia física, mental o sensorial que puede ser permanente o temporal, limita la capacidad de realizar una o más actividades básicas de la vida diaria y puede ser provocada o empeorada por el entorno económico y social (25). Incluye un alto número de dificultades, desde inconvenientes en la función o estructura del cuerpo, hasta la limitación de un individuo con alguna restricción en la participación en contextos de su vida diaria (26).

La definición más aceptada es la aportada por la OMS en la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): “término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las

limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (4).

La mayor diferencia de la definición de la CIF respecto a definiciones anteriores radica en que desplaza el foco del problema centrado en la persona, hacia los factores contextuales relacionados con la organización social, sin que esto implique obviar la presencia de una deficiencia en la estructura o función individual. Este cambio conceptual permite extender el abanico de las acciones hacia múltiples ámbitos y se aleja del modelo médico centrado estrictamente en la rehabilitación física de la persona, reforzando con ello la posibilidad de lograr resultados centrados en la vida de la persona y no solo en su función física (27).

4.1.2 Clasificación de la discapacidad

Los cambios en la conceptualización de la discapacidad han empujado la generación de nuevas formas de clasificarla, de acuerdo no solo a su origen y gravedad sino también a su temporalidad y las necesidades que pueden generarse a lo largo de la vida de la persona. Lo anterior es importante no por la clasificación en sí, sino por la posibilidad de transformar esos factores de clasificación en insumos para la planificación de los servicios requeridos.

La OMS publicó en 1976, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que fue una de las clasificaciones más importantes de la discapacidad y proponía una progresión lineal de la discapacidad (28) y que sirvió de base para que en el año 2001, se publicara la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (29) que aporta como clara diferencia, la descripción de todos los componentes funcionales y la compleja interrelación entre los factores implicados en la discapacidad alejándose con ello de la progresión lineal y brindando una visión multidimensional (30).

Actualmente la CIF es la clasificación más utilizada a nivel mundial, pero es importante destacar, que la discapacidad se establece por excesos o defectos relacionados con la

conducta o actividad y, regularmente, pueden ser DT o DP y congénitas o adquiridas (31). La DT se refiere al inicio y final de la enfermedad o lesión que presenta una persona y este le impida desempeñar sus actividades por un período, por lo contrario la DP se presenta cuando no existe tiempo de recuperación total de la capacidad afectada (32).

De acuerdo con lo anterior, por su etiología la discapacidad puede ser congénita y se caracteriza porque se presenta desde el nacimiento y es causada por una afección originada en el desarrollo embrionario, en el parto o como resultado de factores hereditarios. En el caso de la discapacidad adquirida, puede estar asociada a traumas, intoxicaciones medioambientales o medicamentosas, secuelas de enfermedades o accidentes (33). Respecto a la función afectada, lo más habitual es clasificar la discapacidad en: física o motriz, visual, del habla, auditiva, intelectual y mental (34).

4.1.3 Modelos de la discapacidad

En este subtema se hablara de la historia de la discapacidad, que ha girado en torno a la dialéctica entre los modelos médico, social, político y biopsicosocial pensados como los principales referentes conceptuales de la discapacidad (35).

El primero fue el Modelo Médico Biológico que suponía a la discapacidad como un problema solamente de la persona, derivado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que demanda de cuidados clínicos y tratamiento individual, enfocado a obtener la cura o una mejora del usuario, concentrándose en los efectos de la enfermedad. En este modelo la atención sanitaria se supone como el tema principal y en el ámbito político, la contestación principal es la de cambiar y reformar la política de atención en salud (35), sin tomar en cuenta otros factores.

En cambio, para el Modelo Social, el segundo modelo, ya se toman en cuenta algunos factores, la discapacidad deja de ser una peculiaridad de las PCD, y es más bien, la consecuencia de las relaciones sociales ahora predomina la importancia de los aspectos externos y de la dimensión social en la definición y el tratamiento. El resultado positivo de este modelo fue la atribución en la creación de políticas sociales y legislativas en frente

a de la discriminación de las PCD, pero lo realmente importante en este modelo es el papel que juegan los determinantes sociales (36).

El modelo político activista, o también llamado de las minorías colonizadas, es una segunda parte del modelo social y une las luchas por los derechos de las PCD. Este modelo proclama que las limitaciones de las PCD, en temas de educación, transporte, empleo, alojamiento, entre otros, no son a causa de su problema médico sino la resultante de las actitudes de la población, y del abandono sociopolítico en el que se encuentran (25). Aunque este modelo observa más allá de la mirada médica en conjunto con determinantes sociales, aun no era suficiente por la falta del interés en la política.

El modelo biopsicosocial se fusionan los modelos médico y social, pasando de la discapacidad como deficiencia y responsabilidad individual a la diferencia y reconocimiento del rol fundamental de lo social. Proporciona una perspectiva de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, que sustentan la discapacidad. Desde el modelo médico se tienen en cuenta aspectos científicos y desde el modelo social se busca el reconocimiento de la igualdad de oportunidades. Este es el modelo por el que apuesta la CIF y pretende como resultado el desarrollo políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos (37).

Por último, el modelo universal constituye una propuesta para superar la marginación y la discriminación de una minoría colonizada en búsqueda de sus derechos, y un planteamiento que supone entender la discapacidad como un fenómeno universal en el que todos están en posición de riesgo (37). Se considera el modelo más completo, ya que trata de abarcar todas las áreas relacionadas con las PCD y se centra en la mejora de la calidad de vida por medio de su participación en la vida diaria.

4.2 Rehabilitación

Para este estudio es importante conocer la definición de rehabilitación, ya que puede confundirse con la definición de fisioterapia, a continuación, se expondrán algunas definiciones de rehabilitación y se especificara cual se adaptan para este estudio.

4.2.1 Definición

La OMS ha sido enfática en que la rehabilitación es una buena inversión porque genera capacidad humana, en 1969 la definió como el "conjunto de medidas médicas, educativas, sociales y profesionales para preparar o readaptar al individuo, con el fin de alcanzar la mayor proporción posible de capacidad funcional" (4). Esto se basa en el concepto de capacidad humana, que es muy amplio, por lo que el camino utilizado para estudiar la rehabilitación sobrepasa la práctica clínica apoyada en la evidencia o desarrollos disciplinares aislados, por lo tanto, se debe observar otras variables como la capacidad de un país para promocionar la potenciación de la calidad de vida de las PCD (4).

Es importante remarca lo que le compete a la rehabilitación, para poder entenderlo, entre otras definiciones se destaca la siguiente, la rehabilitación es “un conjunto de intervenciones planteadas para mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismo. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética” (38). El termino condición de salud, no es lo mismo que discapacidad, pero dentro de la condición de salud se puede presentar una DT o DP que necesitan rehabilitación.

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC), es también un concepto importante, ya que, según la OMS, se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Es una estrategia multisectorial que habilita a las personas con

discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo y beneficiarse de ellos. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas

4.3 Fisioterapia

Para fines de este estudio clarificar la definición de fisioterapia es de suma importancia, a continuación, se presentarán algunas definiciones destacadas según la literatura, además las diferentes áreas, campos de acción y especialidad de la fisioterapia con sus diferentes técnicas y ejercicios.

4.3.1 Definición

En 1968 la OMS define a la Fisioterapia como “el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico y agentes físicos como el calor, el frío, la luz, el agua, el masaje y la electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución” (39).

La Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) define, junto con la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) en 1987: "La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud"(40).

4.3.2 Campos de acción

Los fisioterapeutas pueden desempeñarse en diferentes campos de acción como son: la promoción de la salud, ya que cualquier acción que represente una mejora a la salud, en sí, es una medida de promoción de la salud. La prevención de la enfermedad puede

advertir la aparición o agravamiento de un trastorno, mediante la información, una detección precoz de discapacidades y una intervención adecuada. Y asistencia terapéutica, habilitación y rehabilitación, interviniendo en la práctica clínica en un proceso que incluye la evaluación, el diagnóstico, la planeación, la intervención y la revaloración, de los trastornos del movimiento y la función (41).

También tiene su campo de acción en la educación e investigación, participando en los aspectos académicos, programas de educación continua e involucrarse en actividades de auto aprendizaje, investigación y estudios epidemiológicos. La administración, adquiriendo responsabilidades administrativas en una institución, que incluyen la planeación, manejo, dirección, supervisión, elaboración de presupuestos y evaluación. Y la gestión participando en la formulación de políticas públicas, en procesos de consultoría, en aspectos legales y éticos, en el área fiscal, en trámites con aseguradoras y en planificación en desarrollo urbano, entre otros (42).

4.3.3 Área de fisioterapia (Terapia física)

El área de fisioterapia o terapia física debe de contar con una sala de espera y control, este es el lugar donde el paciente espera ser atendido. Se debe considerar que puede estar en silla de ruedas. Consta de un auxiliar administrativo, quien coordina los trámites del paciente. El área de control debe contar con muebles de atención al público, archivero, computadora, enfriador y calentador de agua, lava manos, e inodoro (43).

Dentro del área de fisioterapia se encuentran otras áreas, en los centros de rehabilitación regularmente se dividen en electroterapia, hidroterapia, mecanoterapia adultos y niños y estimulación temprana. La de electroterapia, es una sección para terapias con aparatos electro médicos, cuenta con mesas rígidas de madera, sillas, unidades de electro estimulación, ultrasonido, corriente diadinámica, lámpara de rayos infrarrojos, corriente interferencial y laserterapia entre otros (44).

La Hidroterapia es una sección para terapias mediante agua o arena en forma de hidromasaje, compresas químicas o ejercicios de inmersión completa. Esta sección

incluye un cubículo para aplicación de parafina, masajes y movilización de férulas. Además, consta de tanques de remolino para miembros superiores e inferiores y horizontales, tanque de compresas químicas, tina de Hubbard, tanque terapéutico para hidroterapia, tanque de parafina, mesa de tratamiento para masoterapia y mesa-escritorio para movilizaciones (45).

En mecanoterapia adultos se otorga terapia mediante ejercicios musculares libres o con aparatos mecánicos y entrenamiento de marcha. El mobiliario consta de barras paralelas ajustables y abatibles, colchón modular, poleas de pared, remos fijos, rueda para hombro, escalera vertical de pared, escalinata con rampa, bicicleta fija, escalerilla para dedos, espejo triple, juego de pesas, pelotas, andaderas, barras suecas, mesa de kanavel, balancín, cuñas, cilindros, etcétera (46).

En el área de niños se aplica tratamiento de rehabilitación individual o en grupo mediante juegos con técnicas específicas en patología neuromusculoesqueléticas y consta de escritorio, anaquel casillero, silla, mesas individuales de estabilidad, mesa infantil con sillas, pelota Bobath, colchón y espejo de cuerpo entero movable (46).

En estimulación temprana, se deben de utilizar materiales como espejos, proyectores, reflectores, bombillos de colores, cortinas de colores, sonajeros, timbres, juguetes y pelotas con sonidos, grabadora, instrumentos musicales, bastones con sonajeros, tablero táctil, muñecos con vibración, bolas de diferentes tamaños y texturas, tapetes, cepillos y esponjas, esencias, tarima de madera para la percusión con manos y pies, piscina de pelotas, hamacas, herramientas para masajear, paneles interactivos, muñecos, bloques y legos, figuras geométricas, cuadros didácticos, etcétera (47).

Estas áreas son las más básicas que deben tener en el servicio de fisioterapia es ahí donde se aplican las diferentes especialidades y técnicas, lo más común es que en hospitales o centros de rehabilitación se ordenen de esta forma, sin embargo no siempre es así, puede ser que cuenten solo con algunas o también existen centros y hospitales más especializados en los que existen más tecnologías, pero los centros que se estarán evaluando para esta investigación cuentan con estas áreas o algunas de estas.

4.3.4 Especialidades de fisioterapia

4.3.4.1 Fisioterapia Cardiovascular y Pulmonar

La Fisioterapia Cardiovascular y Pulmonar se encarga de enfermedades que tienen relación con inconvenientes del corazón y los pulmones. Los usuarios con una cirugía recientemente o con problemas para respirar se atienden por medio de esta especialidad de fisioterapia, con los objetivos de acrecentar su resistencia física y la de estos órganos vitales. Se encarga de atender paciente con Fibrosis quística, en recuperación postinfarto, enfisema pulmonar, asma, edema linfático, etc. (48).

4.3.4.2 Fisioterapia geriátrica

La Fisioterapia geriátrica se encarga de las personas mayores, estas son las que presentan más dificultades en su movimiento, por causa de que sus articulaciones, huesos y tendones se debilitan. Otros problemas frecuentes son la enfermedad de artritis, Alzheimer, osteoporosis, y lesiones por caídas. Esta especialidad se concentra en el cuidado a necesidades de movimientos que pueden ser limitadas por la enfermedad o la edad y a mejorar sus condiciones de vida (49), (50).

4.3.4.3 Fisioterapia pediátrica

La Fisioterapia pediátrica se concentra en los lactantes, niños pequeños y jóvenes adolescentes. En este tipo de terapia atiende a niños que tienen problemas en la motricidad, realizándoles ejercicios encaminados a mejorar la movilidad, para que su crecimiento y desarrollo sea lo más normal posible y ayuda a la prevención de posibles problemas locomotores a futuro o durante su crecimiento. Los principales problemas que se presenta son trastones del desarrollo psicomotor, parálisis cerebral infantil, espina bífida, etcétera (51),

4.3.4.4 Fisioterapia Neurológica

La Fisioterapia Neurológica es una de las especialidades donde el tratamiento es muy lento y podría ser de por vida, ya que la mayoría de las afecciones neurológicas son irreversibles y únicamente se pueden obtener mejorías en el movimiento o la capacidad de atención, y no una recuperación completa. La terapia neurológica está diseñada específicamente para aquellas personas que requieren de opciones de recuperación progresiva o con afecciones muy graves. Las principales lesiones que atiende son la enfermedad de Parkinson y Alzheimer, el ictus, la parálisis cerebral, lesiones de la médula espinal, los distintos tipos de lesión cerebral, traumatismo craneoencefálico, esclerosis múltiple, hernias de disco, etcétera (52).

4.3.4.5 Fisioterapia Ortopédica

La Fisioterapia Ortopédica es una de las especialidades de la fisioterapia que más frecuentemente se usa, ya que todos estamos expuestos a sufrir alguna lesión o caída, durante toda la vida, que dañe los huesos, músculos o articulaciones y para que la lesión se regenere completamente y no queden secuelas, es forzosamente necesaria la fisioterapia. Esta especialidad se concentra más en el sistema músculo-esquelético y atiende problemas como esguinces, fracturas, contracturas, tendinitis recuperación postoperatoria, etcétera (53).

4.3.4.6 Otras especialidades

Existen nuevas especialidades de la fisioterapia que son cada vez más necesitadas en la sociedad actual, que combinan las técnicas antes mencionadas las más conocidas son:

- La Fisioterapia del deporte es la encargada de la asistencia a los deportistas y la prevención y tratamiento de las lesiones deportivas (54).
- La Fisioterapia en Reumatología se encarga de aliviar los padecimientos producidos por Artritis reumatoide, desgaste articular (artrosis) y fibromialgia,

comunes en las personas de edad avanzada y cada vez más comunes en la actualidad (55).

- La Fisioterapia en Urología-Ginecología y Obstetricia que aborda tratamientos en fisiosexología, y orientados a la preparación física de la mujer embarazada, la reeducación posparto, evitar la caída del suelo pélvico y hacer que el parto sea una experiencia menos traumática (56).
- La Fisioterapia en cuidados paliativos y Oncología: Encargada del manejo del dolor, secuelas físicas de radioterapia y quimioterapia (57).
- La Fisiología Dermatología y Cirugía Plástica encargada de los tratamientos contra quemaduras, cicatrización queloides, enfocada en el embellecimiento (58).
- La Fisioterapia en Veterinaria: encargada de los animales, ellos también logran recuperar movilidad o prevenir y curar diferentes problemas de salud con ayuda de la fisioterapia. Y la finalidad de esta especialidad tan novedosa es la adaptación de las distintas técnicas de fisioterapia al tratamiento de animales (59).

4.3.5 Técnicas de fisioterapia

Las técnicas de fisioterapia se emplean a través de medios físicos como crioterapia (frio), termoterapia (calor), cinesioterapia/masoterapia (movimiento), electroterapia (electricidad), e hidroterapia (agua) (60).

3.3.5.1 Crioterapia

Técnicas (61).

- Inmersión en agua helada a 0° C.
- Aplicación de compresas o tela sumergida en agua helada.
- Masaje con un bloque de hielo.
- Spray de enfriamiento (Cloruro de etilo)
- Envases con mezclas de productos químicos que generan una reacción endotérmica.
- Aplicación de compresas con hielo pulverizado.
- Bolsa de agua fría.
- Gases refrigerantes

3.3.5.2 Termoterapia

Técnicas (62).

- Termoterapia superficial:
 - Calor “seco”
 - Lámpara de infrarrojos – calor radiante
 - Calor “húmedo”
 - CHC,
 - parafina
 - “hidrotermóforo”
 - “moistbath”
- Termoterapia profunda: Diatermia de onda corta, microondas y ultrasonido.

3.3.5.3 Cinesioterapia

Técnicas (63)

Cinesiterapia pasiva

- Movilización pasiva analítica simple
- Movilización pasiva analítica específica
- Movilización pasiva funcional o global
- Movilización pasiva autopasiva
- Movilización pasiva articular instrumental

- Tracciones articulares
- Posturas osteoarticulares
- Estiramientos musculotendinosos
- Manipulaciones

Cinesiterapia activa

- Cinesiterapia activa libre
- Cinesiterapia activa asistida manual
- Cinesiterapia activa asistida mecánica

3.3.5.4 Masoterapia

Técnicas (64).

- El masaje básico
- El masaje deportivo
- El drenaje linfático
- El masaje estético

- El masaje transverso profundo o de Cyriax:

- Liberación miofascial

3.3.5.5 Electroterapia

Tipos (44).

- Laserterapia (local o general)
- Magnetoterapia
- Ultrasonido (pulsátil o continuo)
 - Por contacto directo entre cabezal y cuerpo
 - Método subacuático
 - Almohadillas de agua
- Electroterapia

Corriente de baja frecuencia (1-1000 Hz)

 - Rectangulares
 - Triangulares
 - Farádicas y Neofarádicas

- Ultraexcitantes de Träbert
- Diadinámicas de Bernard
- TENS

Corriente de media frecuencia (1000-100.000 Hz)

- Interferenciales
- Estimulación Rusa de Kotz

Corriente de alta frecuencia (>100.000 Hz)

- Corriente de Onda Corta
- Microondas
- UHF

3.3.5.6 Hidroterapia

Técnicas(65)

- Técnicas sin presión
 - Lavados
 - Afusiones
 - Envolturas
 - Compresas
 - Fomentos
 - Baños.
- Técnicas con presión
 - Duchas y chorros
 - Baños de remolino
 - Masaje subacuático.
- Tratamiento en piscina
 - Tanques
 - Piscinas
 - Natación.

4.3.6 Ejercicios terapéuticos

Tabla 1: Ejercicios terapéuticos

Especialidad	Ejercicios	
Cardio-respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> -Drenaje postural -Ejercicios de expansión torácica -Control de la respiración, respiración diafragmática -Percusión y compresiones torácica: Golpeteo repetido -Vibración torácica -Tos provocada y dirigida -Técnica de espiración forzada (huffing) y ciclo activo de técnicas respiratorias -Drenaje autógeno -Flutter 	<ul style="list-style-type: none"> -La educación y entrenamiento de la respiración abdomino-diafragmática -Higiene bronquial -Ejercicios respiratorios y de relajación -Fortalecimiento y estiramiento de todo el cuerpo -Actividades aeróbicas como: caminata, ciclismo, atletismo, etc -Movilizaciones pasivas, activas, resistidas de las articulaciones -Corrección de posiciones anormales Prevención de las úlceras por presión -El uso de férulas de reposo para prevenir/corregir deformidades
Geriátrica	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia ocupacional. -Masajes relajantes -Ejercicios cervicales -Ejercicio físico -Higiene postural -Reeducación de la marcha 	<ul style="list-style-type: none"> -Ejercicios de coordinación y equilibrio -Fortalecimiento muscular del tren inferior. -Ejercicios en máquina de mano, rodillo y placa. -Ejercicios respiratorios.
Pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> -Método bobath -Método Rood -Método Brunnstrom -Método Vojta -Reeducación muscular de Phelps 	<ul style="list-style-type: none"> -Método Pohl -Método de Peto -Método Collis. -Método Castillo-Morales -Estimulación temprana
Neurológica	<ul style="list-style-type: none"> -Neurofisiológica o relacionada con el desarrollo neurológico. -Neurodinamia 	<ul style="list-style-type: none"> -Aprendizaje y reaprendizaje motores -Ejercicios de williams -Ejercicios de Klapp -Ejercicios Mackenzie
Ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> -Movilizaciones articulas -Estiramientos -Ejercicios de potenciación -Ejercicio de relajación muscular 	<ul style="list-style-type: none"> -ejercicios isométricos e isotónicos Ejercicios pliometricos
Urología-Ginecología	Ejercicios de fortalecimiento del Core	Ejercidos hipopresivos

(66), (67), (53), (54), (56), (57) ,(58).

4.4 Fisioterapeuta

En fisioterapeuta es un “profesional de la salud adiestrado para valorar y tratar a personas con afecciones o lesiones que limitan su capacidad de moverse y realizar actividades físicas. Los fisioterapeutas usan métodos como ejercicio, masaje, compresas calientes, hielo y estimulación eléctrica, para ayudar a fortalecer los músculos, aliviar el dolor y mejorar el movimiento. También enseñan ejercicios para ayudar a prevenir lesiones y pérdida de movimiento” (68).

4.5 Servicios de salud

De acuerdo con la OMS, los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: mejorar la salud de la población; ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y garantizar seguridad financiera en materia de salud (69).

Los siguientes son los servicios de salud ofrecidos en los tres niveles de atención:

- Los servicios de salud del primer nivel de atención son todas las prestaciones de salud dispensadas directamente a la población: campañas de vacunación, tratamiento ambulatorio de enfermedades comunes, servicios de abastecimiento de agua potable, nutrición.
- En el segundo nivel de atención, los servicios de salud hospitalarios, que corresponden a los servicios que comúnmente se prestan en un hospital: cirugía, medicina, pediatría, obstetricia, etc.

En el tercer nivel de atención, servicios que garantizan la continuidad de los cuidados derivaciones hacia el sector hospitalario, especialidades. (70).

4.6 Cobertura de servicio de salud

Según la OMS, la cobertura de salud es "la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población" (71).

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es una política pública. El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas reciban los SS que necesitan, sin tener que pasar escaseces financieras para costearlos. Para que un país pueda alcanzar la CSU se tiene que cumplir con requerimientos, como: un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, asequibilidad, acceso a medicamentos, tecnologías esenciales y una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado (72).

La CSU implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana. Además la CSU es una unidad fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales (73)

Los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que recibe una intervención definida por la población que tiene derecho a recibirla o la necesita. Como ejemplos se tiene, el indicador de cobertura de inmunización entre niños de 1 año, se calcula dividiendo el número de niños que ha recibido una vacuna específica por el total de la población infantil menor de un año en cada país. Y para los indicadores de atención prenatal y partos atendidos por personal de salud calificado, el denominador es el número de nacidos vivos (74). La fórmula para obtener el resultado de la cobertura es el número de usuarios atendidos entre el numero potencial de usuarios multiplicado por un múltiplo de 10 para poder facilitar la interpretación (75).

4.7 Accesibilidad a servicios de salud

La accesibilidad a los SS es una de las intranquilidades primordiales de las políticas sanitarias y de la atención primaria de la salud. Floreal Ferrara en 1985, define la accesibilidad en salud como “la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud, clasificándola en accesibilidad: geográfica, administrativa, económica y cultural” (76). Para Ramírez en 1998 la accesibilidad son “las características de los servicios que facilitan u obstaculizan el hecho de que los usuarios puedan acceder y recibir la atención que necesitan” (77).

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el 2006, artículo 9º la accesibilidad es “un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de manera segura, confortable y autónoma” (78).

Accesibilidad universal es una posición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser claros, aprovechables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de “diseño para todos” y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse (79).

4.7.1 Dimensiones de Accesibilidad

La accesibilidad se puede dividir en 5 dimensiones para abarcar todas las posibles barreras en el acceso como:

3.7.1.1 Accesibilidad Geográfica

La accesibilidad geográfica está relacionada con las distancias entre los usuarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese camino a partir de las vías de comunicación y los transportes disponibles. En estudios de percepción, la accesibilidad geográfica es una

variable que se toma en cuenta, por el tiempo y la distancia que significan, además resulta inseparable a las condiciones de la estructura socioeconómica en que se desarrolla la clase social considerada (80).

3.7.1.2 Accesibilidad Administrativa

La accesibilidad administrativa se refiere a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos. Las barreras de acceso a los SS desde las Empresas Administradoras de Beneficios que son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados (81).

3.7.1.3 Accesibilidad Económica

La accesibilidad económica es la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados (82).

3.7.1.4 Accesibilidad Arquitectónica

La accesibilidad arquitectónica es la posibilidad que tiene la población para entrar, y desplazarse dentro de las estructuras físicas donde se brinda servicios de salud. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas (74). Accesibilidad arquitectónica remite a la inexistencia de barreras ambientales y físicas en las casas, edificios, espacios o equipamientos urbanos y medios de transporte individuales y colectivos (83).

3.7.1.5 Accesibilidad Cultural

Se focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y la organización del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro (84).

4.8 Calidad del Servicio de Salud

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y es: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"(85).

La Conferencia Sanitaria Panamericana, señaló que "la calidad es una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud" (86).

Existen otras definiciones sobre calidad del servicio como la definición propuesta por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), que es: "la calidad del servicio, además de ser un constructo elusivo que puede ser difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido" (87) . Pero esta definición fue cambiada en 1992 por Cronin y Taylor que consideran únicamente las percepciones del consumidor y no las expectativas para la medición de la calidad (88).

4.8.1 Dimensiones de calidad de servicio

Estas dimensiones fueron propuestas por Parasuraman, Berry y Zeithmal

4.8.1.1 Fiabilidad: Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó.

4.8.1.2 Capacidad de Respuesta: Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.

4.8.1.3 Seguridad: Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confianza en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

4.8.1.4 Empatía: Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada.

4.8.1.5 Aspectos Tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación (87).

4.8.2 Oportunidad de la atención.

Dentro de la calidad en los servicios de salud, existe un concepto importante de resaltar que es la oportunidad de atención, este concepto se refiere a otorgar la atención médica al paciente en el momento que la amerita, cuando la necesita (89). Su objetivo es medir el tiempo de respuesta para la atención de consulta especializada para realizar acciones que mejoren la oportunidad de la atención (90).

El resultado de este indicador es un porcentaje, para poder obtenerlo se necesita un numerador y un denominador para hacer una división, el numerador es el número de pacientes referidos por el Médico Familiar a la consulta de especialidades en unidades de servicios médicos de segundo nivel, con cita programada en un plazo de tiempo establecido o menor a este, a partir de la solicitud del Médico tratante, y el denominador es el total de pacientes referidos por el Médico Familiar a la consulta de especialidades en Unidades de servicios Médicos de segundo nivel (90).

En los resultados se interpreta como desempeño esperado, medio y bajo. El desempeño esperado indica atención oportuna en la consulta de especialidades; el desempeño medio y bajo, indica que el tiempo para que un paciente sea atendido en consulta de especialidades es prolongado, y es necesario llevar a cabo acciones que mejoren, entre otras causas, las siguientes: Falta de recursos humanos, insumos y/o infraestructura, deficiente control de la programación y registro oportuno de las agendas y desequilibrio entre demanda y capacidad resolutoria (90).

4.9 CREE, CRII y UBR

4.9.1 Centro de Rehabilitación y Educación Especial

En él CREE se otorga SR integral a personas con DT para prevenir la invalidez, así como a quienes sufren DP, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y reintegrarlo a su entorno social lo más independiente y productivamente posible. A este centro pueden acceder personas de cualquier sexo y edad con discapacidad física, motora, intelectual o auditiva.

Los servicios que ofrece son consulta médica especializada como Medicina Física y Rehabilitación, Neurología Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Estomatología, Terapia física, ocupacional y de lenguaje, Psicología, Elaboración de prótesis y órtesis, evaluación de aptitudes y habilidades para el trabajo, promotoría para la integración al desarrollo de las personas con discapacidad, capacitación en cómputo para invidentes, taller de braille, lenguaje de señas mexicana y como servicios de apoyo, Trabajo social y Enfermería.

El área de terapia física se divide en estimulación temprana 1 y 2, mecanoterapia adultos e infantil, hidroterapia y electroterapia (91)

4.9.2 Centro de Rehabilitación integral

El DIF Nacional cuenta con centros de rehabilitación que buscan mejorar la calidad de vida a través de la atención rehabilitadora integral para favorecer la inclusión educativa, laboral y social. Atienden la cobertura de atención médica y paramédica de las personas con discapacidad a través de la formación de médicos especialistas en rehabilitación, licenciados en terapia física, en terapia ocupacional y realizar acciones de educación continua dirigida al personal médico y paramédico.

4.9.3 Unidad Básica de Rehabilitación

En 1987 con la finalidad de extender la cobertura de los servicios de rehabilitación extrahospitalaria, el Sistema Nacional DIF crea en el ámbito nacional el programa de Rehabilitación con Participación de la Comunidad, mismo que se opera a través de la creación de las UBR. Éste es respaldado por la necesidad de atención en materia de rehabilitación prevaleciente en el país, así como el marco jurídico correspondiente al derecho de todo mexicano a acceder a los SS. Uno de los objetivos era que se encuentre una unidad de rehabilitación por estado y por municipio.

Las UBR prestan servicios de promoción de la salud, prevención de la discapacidad y rehabilitación simple. El modelo de atención en las UBR implica la participación de la familia y la comunidad. El personal que atiende estas unidades son personas de la comunidad que cuentan con educación básica y capacitación técnica como terapeutas auxiliares, formados en los cursos de los Centros de Rehabilitación del DIF.

En algunas UBR, además de los terapeutas físicos se cuenta con personal especializado como Terapeutas de lenguaje y Psicólogos con el fin de lograr una atención integral de la PCD (17).

4.10 Antecedentes

En el 2016 se realizó un trabajo sobre el análisis de una encuesta de satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México, donde llegaron a la conclusión de que la medición de satisfacción y calidad percibida es un proceso complejo pero necesario para cumplir con la normativa y para identificar estrategias de mejora. Para atender apropiadamente a la complejidad y utilidad de este tipo de estudios, se hacen necesarios diseños rigurosos, tanto del instrumento como de los métodos de implementación y de análisis de los resultados que se obtienen. Por lo tanto, es posible conseguir mejoras sucesivas, tanto en la herramienta como en el proceso de implementación y análisis, a través de la inclusión de reactivos sobre la experiencia en la atención hospitalaria y la identificación de los indicadores de calidad percibida que mejor puedan orientar para la gestión del sistema y el incremento de la satisfacción con los servicios recibidos. (92).

En un trabajo realizado en el 2014, se midió el nivel de satisfacción de los cuidadores o familiares en la RF de niños con deficiencia físico-motora asistentes al SF en colombiano. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL lo que ha permitido recopilar información relevante sobre cómo se prestan los servicios de rehabilitación física en la institución y cómo el usuario espera que esos servicios sean prestados, información que resulta valiosa para identificar la satisfacción del usuario y evaluar de esta manera la calidad y se obtuvo como resultados un total de 83,9% de insatisfacción leve a moderada. La dimensión que presenta mayor insatisfacción es confiabilidad, la sigue la dimensión bienes tangibles, luego la dimensión empatía, la dimensión seguridad y por último la dimensión responsabilidad (93).

En el 2016, Se emplearon encuestas de accesibilidad y satisfacción del usuario, validadas por expertos, a pacientes con discapacidad motora, y tuvieron como resultados los siguientes, con respecto a Accesibilidad, el 72.5% manifestaron un nivel regular, 25.5% un nivel malo y el 2% manifestaron un nivel bueno; con respecto a la Satisfacción

del usuario el 72.5% manifestó un nivel alto y 27.5% un nivel medio. Existe muy pocas investigaciones relacionadas con la satisfacción de la atención médica que tienen las personas con discapacidad motora, y la accesibilidad tomada como un factor de importancia para valorar la satisfacción del usuario, con este trabajo se podrán hacer comparaciones al finalizar el presente estudio (94).

En el 2018, se evaluó el efecto de un ciclo de mejora en la atención a pacientes con cefalea en dos centros de Fisioterapia sobre la calidad asistencial y su asociación con la satisfacción percibida y su mejora clínica, y se concluyó que el uso de la metodología de mejora de la calidad, con iniciativa interna, obtuvo mejoras significativas tanto en la calidad de la atención prestada como en la percepción que tienen los usuarios de los SF, así como en la salud de los pacientes. La aplicación clínica que podemos extraer de estos resultados es que, ante un problema de calidad detectado en un centro asistencial de salud, la actuación coordinada de un equipo de mejora se traduce en un aumento de la satisfacción del paciente y un beneficio (95).

En el 2007, en un trabajo verifican el grado de satisfacción de los usuarios de los cuidados prestados en Fisioterapia, se utilizó el Cuestionario de atención al usuario (CAU) y concluyeron mediante el análisis de los resultados que es posible que los usuarios se encuentran satisfechos con los servicios prestados en Fisioterapia. Sin embargo, la conclusión más importante que se deriva es que, de una forma global, todos los usuarios están satisfechos con la prestación de servicios de Fisioterapia. La gran mayoría se encuentra muy próxima a los patrones de calidad total, a excepción de las preguntas referidas a los derechos de los usuarios, por lo que es importante destacar que existe un pequeño fallo en este tema y esto podría también tener relación con los resultados obtenidos (19).

En el 2012, se realizó una investigación en sistemas y SS para evaluar los servicios de los prestadores y la satisfacción de los usuarios en la sala de Fisioterapia en Cuba y se determinó que los servicios ofrecidos a los pacientes eran muy cálidos, pero poco técnicos; sin embargo, los usuarios estuvieron satisfechos con estos. En la actualidad el

comportamiento organizacional en este servicio alcanza gran importancia, pues las personas que lo integran enfrentan muchos retos. Quienes forman las especializaciones se preocupan por el mejoramiento de la conducta organizacional. El directivo, el profesional y el técnico, todos ellos trabajan con otras personas, lo cual influye en la calidad del servicio en este contexto, los que representan el sistema administrativo deben ser los que se preocupan por conocer las bases del comportamiento organizacional y su tratamiento como medio para mejorar las relaciones entre las personas y la organización. Finalmente se recomendó realizar una evaluación de la calidad de los servicios, que incluyera estructura, proceso y resultados (20).

En el 2017, se describió la percepción de la calidad de atención en un centro de fisioterapia de una institución universitaria en Colombia, y se encontraron aspectos por mejorar, como la accesibilidad al servicio y la demarcación de la ruta que deben seguir los usuarios para llegar a él. Y como resultados el 71 % de los pacientes refirieron satisfacción total y, el 27 %, satisfacción, lo que indicó conformidad con el servicio(21).

4.11 Normas y leyes

Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad (Ley General de las Personas con Discapacidad)

Las disposiciones de la presente ley son de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Su objeto es reglamentar en lo conducente, el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

Ley Estatal de las personas con discapacidad (San Luis Potosí)

Como su artículo 1º dice la presente Ley, es de orden público e interés social y de observancia general. Es reglamentaria del artículo 12 de la Constitución Política del Estado, en lo relativo a las personas con discapacidad, que, conforme a tal precepto, son objeto de especial protección por parte de las autoridades.

Ley General de Salud

En su artículo 1º establece: La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Ley de Salud del estado de San Luis Potosí

Artículo 1º. La presente Ley regula el ejercicio del derecho a la salud que se fundamenta en los principios de, igualdad entre mujeres y hombres; no discriminación, y respeto a la

dignidad y libertad de las personas. Lo anterior, en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y de la Ley General de Salud, la cual establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el estado; así como la concurrencia de éste y sus municipios en materia de salubridad local. Sus disposiciones son de orden público e interés social, y de observancia obligatoria en el Estado de San Luis Potosí.

Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidad para las personas con discapacidad.

Las Normas Uniformes de las Naciones Unidas se publicaron tras la aprobación en 1982 del Programa de Acción Mundial para los Impedidos, una estrategia mundial encaminada a promover la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. En dicho Programa se resaltaba la necesidad de abordar la discapacidad desde una perspectiva de derechos humano

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993 que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud.

Esta Norma tiene por objeto facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud y así coadyuvar su integración a la vida social. Determinar los requisitos arquitectónicos que deberán cumplir los establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado, para brindar accesibilidad en la prestación de servicios de salud a este grupo de población.

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Esta investigación fue un estudio de carácter cuantitativo con un nivel de alcance descriptivo.

5.2 Diseño Metodológico

El presente estudio fue una investigación no experimental y transversal.

5.3 Límites de tiempo y espacio

La investigación se realizó de Julio 2019 a junio 2020, en:

- La UBR, Santa María del Río (prueba piloto).
- El CREE, San Luis Potosí.
- La UBR, Rio Verde.
- El CRI, Ciudad Valles.
- La UBR, Tamazunchale
- El CRI, Matehuala.
- La UBR, Mexquitic de Carmona

5.4 Universo

Usuarios de los servicios de las unidades de rehabilitación y los servicios de fisioterapia en el Estado de San Luis Potosí.

5.5 Población

822 usuarios que asistieron a CR seleccionados en el Estado de San Luis Potosí.

5.6 Muestra

La muestra fue no probabilística, los CR fueron seleccionados por conveniencia tomando como criterio de elección a los municipios con mayor población en el Estado de San Luis Potosí y se tomaron en cuenta los usuarios que acudieron al SF de los centros de rehabilitación en un mes. La muestra estimada por centro se encuentra a continuación en la tabla 2.

Tabla 2 Muestra estimada por centro de rehabilitación elegido

Unidad	muestra	Propósito
Santa María del Rio	33	Prueba piloto
CREE	511	Muestra final
CRI Matehuala	83	
CRI Ciudad Valles,	58	
UBR Rioverde	83	
UBR Tamazunchale	51	
UBR Mexquitic de Carmona	50	

Fuente: directa

El periodo señalado se definió de esa forma, ya que en cualquier centro que ofrece terapia física, las sesiones se otorgan por semana, así que durante las cuatro semanas que se acudía a captar datos fue posible entrevistar a los pacientes y en los siguientes días complementar datos del mismo paciente si es que había sido insuficiente con una entrevista.

5.7 Criterios de selección

La información que se obtuvo de los usuarios por medio de los instrumentos fue la misma tanto si se aplicaba el cuestionario al paciente como al cuidador/familiar.

5.7.1 Criterios de inclusión

- Personas con alguna discapacidad física que acudan al servicio de fisioterapia en el CREE, 2 CRI Y 3 UBR y que voluntariamente deseen participar en el estudio.
- Papas o cuidadores de niños menores de 18 años con alguna discapacidad física que acudan al servicio de fisioterapia en el CREE, 2 CRI y 3 UBR.
- Cuidadores o acompañantes de personas con alguna discapacidad física que acudan al servicio de fisioterapia en el CREE, 2 CRI y 3 UBR, que no puedan responder la encuesta.

5.7.2 Criterios de exclusión

- Personas que se nieguen a participar del estudio.

5.7.3 Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas.

5.8 Variables

En este estudio se consideraron variables para la caracterización de la población como: edad, sexo, escolaridad, ocupación y empleo, estado civil, y lugar de procedencia. Además, se integraron variables auxiliares para la caracterización de la atención como: diagnóstico fisioterapéutico, acompañante y número de sesiones de terapia por semana.

Por último, las variables principales fueron: cobertura, accesibilidad, y calidad, y dentro de esta se estimó la oportunidad de la atención del servicio de fisioterapia.

Para este estudio se definió como cobertura a la resultante de dividir la cantidad de usuarios que recibe el SF entre los usuarios que acuden con el medico de rehabilitación para solicitar el SF.

La accesibilidad se conceptuó como la ausencia de condiciones que pudieran limitar la llegada y permanencia del usuario en los SF, incluyendo los percances tanto administrativos como económicos, arquitectónicos y culturales que puede tener de camino al servicio.

Por último, la calidad se definió como el nivel de satisfacción que los usuarios perciben refiriéndose a la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, y la apariencia de las instalaciones de los SF. La oportunidad de la atención se define como la capacidad de ofrecer el SF a los usuarios antes de 5 días hábiles. La operacionalización de las variables se encuentra en el anexo 1.

5.9 Instrumentos

5.9.1 Cobertura

Dado que el CREE es una unidad central que concentra datos de las unidades de rehabilitación de todo el Estado, se generó una matriz donde se volcaron los datos referentes al número de personas atendidas en el servicio de fisioterapia por mes y el número de pacientes atendidos en medicina de rehabilitación por mes de las unidades elegidas.

5.9.2 Accesibilidad

La accesibilidad fue medida por una “encuesta de accesibilidad” construida exprofeso para este trabajo (Anexo 3). Consta de 5 dimensiones: La accesibilidad geográfica es

aquella relacionada con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles. La accesibilidad administrativa se refiere a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos. La accesibilidad económica es la capacidad financiera de las personas con relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados. La accesibilidad arquitectónica es la posibilidad que tiene la población para entrar, y desplazarse dentro de las estructuras físicas donde se brinda servicios de salud. La accesibilidad Cultural se focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y la organización del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro.

La encuesta mide con la pregunta 1 y 2 la accesibilidad geográfica, de la 3 a la 5 la accesibilidad administrativa, con la 6 y 7 accesibilidad económica, de la 8 a 11 accesibilidad arquitectónica y de la 11 a la 13 accesibilidad cultural. La valoración de la escala de likert fue como sigue: 1 Muy lejos, 2 Lejos / complicado, 3 Medio/regular, 4 Cerca / sencillo, 5 Muy cerca / Muy sencillo. Luego se obtuvieron los puntajes de cada variable y se les dividió por niveles: mala, regular, buena. Los rangos fueron según el nivel: malo de 13 a 30 puntos, regular de 31 a 48 puntos y buena de 49 a 65 puntos.

El instrumento consta de 13 preguntas y fue validado primero garantizando que su construcción fuera en base a conceptos teóricos, luego se operativizó formulando con dimensiones, indicadores, ítems y el sistema de evaluación. Al finalizar fue sometido a un juicio de expertos y analizada su confiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.815.

5.9.3 Calidad

Para definir qué instrumento de medición se usaría para evaluar la calidad del servicio fue necesaria una revisión bibliográfica, y por su robustez y frecuencia de uso para evaluar la calidad de servicio se eligió SERVPERF, que fue adecuado para este trabajo

a una versión de 15 preguntas que se sometió a un juicio de expertos, y en el análisis estadístico para evaluar su confiabilidad obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.787.

La escala cuenta con cinco dimensiones que se utilizaron para juzgar la calidad de los servicios de una organización, estas son: fiabilidad: habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud. Responsabilidad (capacidad de respuesta): buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar servicio rápido. Seguridad: conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza. Empatía: brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes. Bienes materiales (aspectos tangibles): la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos.

La calidad del servicio de fisioterapia se midió según las dimensiones mencionadas antes, la confiabilidad corresponde a las preguntas 1 a 5, capacidad de respuesta con la pregunta 6, seguridad de la pregunta 7 y 8, empatía de la pregunta 9 a la 11 y aspectos tangibles de la 12 a la 15.

Después el usuario evaluó con una escala Likert de 5 puntos, que va de una calificación de 1 para una percepción o expectativa muy baja para el servicio en cuestión, hasta una calificación 5 para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio frente a la calidad de la atención recibida.

La valoración de la escala de Likert fue: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (4) De acuerdo, (5) Totalmente de. Luego se obtuvieron los puntajes de cada variable y se dividieron por niveles: bajo, medio, alto. Los rangos fueron según el nivel: bajo de 15 a 34 puntos, medio de 35 a 55 puntos y alto de 56 a 75 puntos.

5.10.3.1 Oportunidad de la atención

En fisioterapia no existe bibliografía acerca de los tiempos específicos para saber cuándo cada lesión o afección necesita iniciar la fisioterapia, ya que cada paciente avanza en diferente forma y tiempo, por lo tanto, esta fue una medición interna del estudio, donde

se tomó en cuenta que el paciente después de asistir con el médico de rehabilitación y ser derivado al SF, es necesario que el paciente reciba el servicio.

La oportunidad de la atención se obtuvo por medio de una hoja de registro (Anexo 2) donde se tomaron los datos sociodemográficos, las fechas de inicio de terapia y de la consulta con el médico de rehabilitación y se preguntó ¿Cuántos días hábiles pasaron para tener la primera sesión a partir del día que solicito el SF con su documentación completa? Se tomó como referencia si el paciente responde un número de días menor, mayor o igual a 5 días hábiles. El indicador no debe superar los 5 días hábiles, ya que, si ocurre, significa que está saturado el servicio y ello va en detrimento de la oportunidad, puesto que el paciente necesita iniciar lo más cercanamente posible al momento en que fue referido. Para obtener el resultado de este indicador se tomó como numerador, el número de pacientes referidos por el médico de rehabilitación al servicio de fisioterapia, con cita programada en un plazo de tiempo menor o igual a 5 días hábiles a partir de la solicitud del médico, y el denominador es el total de pacientes referidos por el médico de rehabilitación al SF.

Los rangos de desempeño son: el esperado ≥ 95.0 , medio 78.1 - 94.9 y bajo ≤ 78.0 (90).

5.10 Procedimientos.

Esta investigación se llevó a cabo en 4 etapas una primera etapa en la que ya se seleccionó el problema a investigar y se elaboró el protocolo de investigación. Durante la segunda etapa se sometió el protocolo a aprobación por parte del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y la aprobación de la Unidad Básica de Rehabilitación de Santa María del Río, donde se realizará la prueba piloto.

En los CR se les aplico los instrumentos de medición a los usuarios, una vez que el médico diagnóstico y refirió al servicio de fisioterapia, además de que el usuario cumplió con los criterios de inclusión. La aplicación de las encuestas se realizó en el servicio de

fisioterapia después de que los usuarios recibieron sus respectivas terapias, primero se hizo el acercamiento para explicarles respecto al estudio, posterior a eso cuando el usuario acepto contestar las encuestas se firmó la carta de consentimiento informado (Anexo 5) y en los casos donde era menor de edad, el usuario, se presentó un asentimiento informado (Anexo 6).

Los instrumentos fueron aplicados por la autora de este estudio, con formación en licenciada en fisioterapia, Alma Teresa Álvarez Camacho, la hoja de registro se aplicó antes de los instrumentos para recopilar datos para la caracterización de la población y atención del servicio de fisioterapia, y de oportunidad de la atención, enseguida el instrumento de accesibilidad y por último el de calidad. La descripción de los instrumentos se encuentra en la sección de instrumentos.

En la tercera etapa se obtuvieron los datos necesarios del CREE, para sacar la aproximación de la cobertura. Se llevó a cabo la aplicación de las encuestas en todos los centros seleccionados para este estudio en un periodo de 6 meses y posteriormente se tabularon y procesaron los datos obtenidos tras la ejecución de las encuestas (Anexo 7). En la cuarta etapa se realizó la discusión y las conclusiones.

5.11 Análisis estadístico

Los datos fueron capturados y procesados en el programa estadístico SPSS y se elaboraron tablas de frecuencia absoluta y relativa. Con las variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar).

Además, se utilizó el programa de ArcGIS 10.1 para ubicar en un mapa las localidades de donde provienen los usuarios de los CR

5.12 Prueba piloto

Los objetivos de la prueba piloto fueron evaluar si los instrumentos, procedimientos y metodología eran adecuados para el estudio y conocer si los datos necesarios para conocer la cobertura estaban disponibles y accesibles. Las adecuaciones más relevantes se centraron en cambios semánticas en algunos ítems del cuestionario y se comprobó la disponibilidad de la información respecto a la cobertura.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

6.1. Consideraciones internacionales

El desarrollo de la investigación se fundamentó en la Declaración de Helsinki de principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (96), a continuación se mencionaran los más importantes según sus apartados.

En el apartado de principios generales, el principio ético 6, señala que uno de los propósitos principales de la investigación médica en seres humanos es mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Menciona que incluso, si fueran las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. En esta investigación se realizó la evaluación de la cobertura, accesibilidad y calidad del SF con la intención de proveer información y conocimiento para orientar a los tomadores de decisiones en el contexto de la provisión de SF mejorando sus intervenciones.

También se consideró los principios éticos 25 y 28 referente al consentimiento informado, que especifica la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado voluntariamente y por ello se solicitó a todos los participantes y en algunos casos fue apropiado consultar a familiares, como en el caso de los niños.

6.2. Consideraciones nacionales

La presente investigación está formulada de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en salud (97) que en su título primero, capítulo único, artículo 3, señala que la investigación en salud se desarrollará con la finalidad de brindar beneficios a grupos que particularmente lo requieren, por ello en este caso se incluyen a las PCD quienes con frecuencia son excluidas de temas como el presente en el que se solicita su punto de vista sobre el desempeño de los servicios.

Además, se atendió a lo señalado en el título segundo, capítulo I, artículo 14, y por ello se obtuvo de manera previa al desarrollo de este trabajo, la autorización de las

autoridades académicas y de salud. Por último, este trabajo se considera como investigación sin riesgo, ya que solo se emplearon técnicas de recolección de datos sociodemográficos y la aplicación de encuestas a los usuarios de servicio de salud, sin realizar modificación o intervención intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los usuarios, como ningún tipo de tratamiento como parte del proyecto.

6.4 Derechos de autoría

So derivado del presente trabajo surge una publicación, se estipula como primer autor a la tesista, como segundo autor a el director de tesis, y como tercer autor a la coasesora. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que éstos tengan, siempre de común acuerdo. Para garantizar los derechos de autoría se estableció el acuerdo por escrito con la firma de las partes implicadas en el anexo correspondiente.

6.5 Declaración de no conflicto de intereses

Se respetará en todo momento el derecho de los autores de este protocolo y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, declarando no tener conflicto de intereses académico, financiero ni de otro tipo para el presente proyecto. Lo anterior se detalla en el anexo correspondiente a la carta de no conflicto de intereses (Anexo 9).

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal: Para todos en todas partes. Día mundial de la salud 2018. [Internet]. Washington, D.C: Salud para todos; 2018 [revisión 2018; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/Campaign_Essentials_Spanish_Communication_Plan.pdf.
2. Secretaria de Salud. 5to Informe de Labores [Internet]. Mexico: Secretaria de Economía; 2016 - 2017 [revisión 2017; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253421/Informe_de_Labores_SE_2016-2017_web.pdf
3. Barrios M. Calidad en los servicios de salud : un reto ineludible. Rev Cub H. I. y H [Internet]. 2014 [Consultado 21 Oct 2018]; 30(2): 179–83. disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la discapacidad [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2011 [revisión 2011; consultado 21 Oct 2018]. disponible en: http://www1.paho.org/arg/images/Gallery/Informe_spa.pdf
5. Stang MF. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2011 [revisión 2011; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf
6. Alméras D. INFORME REGIONAL SOBRE LA MEDICIÓN DE LA DISCAPACIDAD. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL; 2014 [revisión 2014; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/informe-regional-sobre-la-medicion-de-la-discapacidad.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La discapacidad en México, datos a 2014 [Internet]. Mexico: INEGI; 2014 [revisión 2014; consultado 21 OCT 2018]. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf
8. Gobierno Federal, SEGOB, SEDENA, SEMAR, SSP, PGR, et al. Glosario de Términos sobre Discapacidad [Internet]. Mexico: Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos; 2018 [revisión 2018; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: http://www.semar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf
9. Collado H. Situación Mundial De Discapacidad [Internet]. Honduras: OPS; 2013 [revisión 2013; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/Discapacidad/Docentes/Situacion%20Mundial%20de%20la%20Discapacidad.pdf>
10. Vélez N, González C, Velásquez A. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. Rev CES Derecho [Internet] 2016 [consultado 21 Oct 2018];7(2):72–83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a06.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de los recursos humanos destinados a los servicios de rehabilitación relacionados con la salud [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2009 [revisión 2009; consultado 21 Oct 2018]. Disponible en: https://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_7_es.pdf?ua=1

12. Capó J, Callejero A. Fisioterapia y sociedad. Acercándonos a las necesidades reales. Fisioterapia [Internet] 2018 [consultado 21 Oct 2018]; 40(5):278–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.05.002>
13. Vernaza P, Alvarez G. Producción científica latinoamericana de fisioterapia / kinesiolgía. AQUICHAN [Internet] 2011 [consultado 22 Oct 2018];11(1):94–107. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a08.pdf>
14. Vásquez A. La discapacidad en América Latina [Internet]. OPS; 2006 [revisión 2006; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf
15. Valdivia B, Zorrilla J, Alvarado L. Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010 [Internet]. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública Informe; 2013 [revisión 2013; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/ENPDis-19sept_FINAL.pdf
16. Iván P, Vázquez A, Magaña JP, Betancourt AG, Ramsés E, Ochoa M, et al. Panorama de los servicios médicos de rehabilitación en el estado de Tabasco. Rev Mex Med Fis Rehab [Internet] 2016 [consultado 22 Oct 2018];28(1):5–13. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2016/mf161_2b.pdf
17. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. EVALUACIÓN INTERNA 2017 PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN [Internet]. Mexico: DIF-CDMX; 2017 [revisión 2017; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/2017/evaluaciones/od/dif/11%20Atencion%20a%20Personas%20con%20Discapacidad.pdf>
18. Ruíz S, Patricia C, Ramírez R, Miranda A, Patricia J, Camargo R, et al. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Red Rev Científicas América Lat el Caribe [Internet] 2013 [consultado 22 Oct 2018];45(1). Disponible en: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/3438/343833959006/6
19. Guiomar M, Pascoalinho-Pereira J, Souza-Guerra I. Grado de satisfacción de los usuarios de los cuidados ofrecidos en Fisioterapia , según los estudios realizados en Portugal mediante el Cuestionario de atención al usuario : análisis de contenido Degree of user satisfaction of the cares offered in physica. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol [Internet] 2007 [consultado 22 Oct 2018]; 2(10):72–85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138604507736699>
20. López M, Ruiz J. Satisfacción por los servicios brindados en la sala de Fisioterapia del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet] 2012 [consultado 22 Oct 2018]; 16(8):1237. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368448458007.pdf>
21. Cobo M, Archila L, Gutiérrez E. Percepción de la calidad del servicio en un centro de fisioterapia de una institución universitaria. Rev Investigacion en salud [Internet] 2018 [consultado 22 Oct 2018]; 5(1):48–67. Disponible en: [file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/305-Texto%20del%20artículo-1064-3-10-20190422%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/305-Texto%20del%20artículo-1064-3-10-20190422%20(1).pdf)
22. Garrido F, López S. Evaluación de los programas y servicios de salud en México. Salud Publica Mex [Internet] 2011 [consultado 22 Oct 2018]; 53(4):399–401. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10621579002.pdf>
23. Velasco L. El proceso de inclusión laboral de las personas con discapacidad. Un estudio

- comparativo entre España y México [Internet]. Tlaquepaque, Jalisco:ITESO; 2013 [revision 2013; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/1267/VELASCO Leticia 2013..pdf?sequence=2>
24. Ferreira M. Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. Rev Española Investig Sociológicas [Internet] 2008 [consultado 22 Oct 2018]; 124(1):141–74. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf
 25. Padilla A. Discapacidad : contexto , concepto y modelos Disability : context , concept and models. Int Law, Rev Colomb Derecho Int [Internet] 2010 [consultado 22 Oct 2018];16(1):381–414. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
 26. Hernandez M. El Concepto de Discapacidad : De la Enfermedad al Enfoue de Derecho. Rev CES Derecho [Internet] 2015 [consultado]; 6(2):47–59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
 27. Ospina M. Discapacidad y sociedad democrática. Rev Derecho del Estado [Internet] 2010 [consultado 22 Oct 2018]; 1(24):143–64. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3335685&info=resumen&idioma=ENG>
 28. Navigation S, Route NS. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías CIDDM [Internet]. Washington, D.C: OMS; 1994 [revision 1994; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>
 29. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2001 [revision 2001; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
 30. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Bol del RPD [Internet] 2001 [consultado 22 Oct 2018]; 50(1):15–30. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionsomsdiscapacidad.pdf>
 31. Amate E. DISCAPACIDAD LO QUE TODOS DEBEMOS SABER [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2006 [revision 2006; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/publications/what_we_should_know/es/
 32. Herrero M, García M, Terradillos A, Capdevila L, Ramírez M. Incapacidad Y Discapacidad : Diferencias Conceptuales Y. Asoc española Espec en Med del Trab [Internet] 2016 [consultado 22 Oct 2018]; 16(1). Disponible en: http://www.aeemt.com/contenidos/grupos_trabajo/Incapacidad_Discapacidad_AEEMT/DOCUMENTO INCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD.pdf
 33. Hurtado T, Agudelo A. Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia. CES Mov y Salud [Internet] 2014 [consultado 22 Oct 2018]; 2(1):45–55. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientosalud/article/view/2971>
 34. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México. An Sist Sanit Navar [Internet] 2016 [consultado 22 Oct 2018]; 84(1). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagn_stico_sobre_la_Situaci_n_de_las_Personas_Con_Discapacidad._Mayo_2016.pdf
 35. Seoane J. ¿Qué Es Una Persona Con Discapacidad? ÁGORA - Papeles Fiosofía [Internet] 2011 [consultado 22 Oct 2018]; 30(1):143-161. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=77904812&lang=es&site=ehost-live>

36. Maldonado V. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mex derecho Comp [Internet]* 2013 [consultado 22 Oct 2018]; 46(138):1093–109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008
37. Minguijón P, Penacho A, Salas D. Discapacidad y Empleo [Internet]. Aragon: INAEM; 2017 [revision 2017; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/DISCAPACIDAD_EMPLEO.pdf/2edf1aca-9bfe-02f0-faf5-2f61b1bf6ecc
38. Organización Mundial de la Salud. World report on ageing and Health [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2015 [revision 2017; consultado 22 Oct 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
39. López M, Carballada M. La fisioterapia en el marco de la atención primaria (I). *Cad Atención Primaria [Internet]* 2015 [consultado 23 Oct 2018]; 21(1):49–51. Disponible en: http://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-21_4_pax49.pdf
40. The World Confederation for Physical Therapy. Description of physical therapy. Position Statement [Internet]. WCPT; 2007 [revision 2007; consultado 23 Oct 2018]. Disponible en: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf
41. Novoa B, Pérez M, Torrecilla F, Novoa R. La figura del fisioterapeuta de empresa, un reto para la fisioterapia en España. *Fisioterapia [Internet]* 2007 [consultado 23 Oct 2018]; 29(1):26–35. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-5638\(07\)74409-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-5638(07)74409-7)
42. Consejo General De Fisioterapeutas de España. Resolución 03/2010 Documento Marco Perfil Del Fisioterapeuta. Perf del Fisioter [Internet]. Sevilla; Asamblea General; 2010 [revision 2010; consultado 23 Oct 2018]. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/legislacion/legislacion_55.pdf
43. RODAS I. Propuesta de implementacion del servicio de terapia fisica en el Hodpital Parroquial Santa Familia de Chicacao, Suchitepequez, Guatemala [Internet]. Guatemala: Univ Rafael Landivar; 2015 [revision 2015; consultado 23 Oct 2018]. Disponible en: <https://docplayer.es/22770504-Universidad-rafael-landivar-facultad-de-ciencias-de-la-salud-licenciatura-en-fisioterapia-fds.html>
44. Bidegain M, Dans M. Eficacia Analgesica De La Electroterapia. *Rehabil [Internet]* 2006 [consultado 23 Oct 2018]; 36(5):268–83. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/eficacia_analgesica_de_la_electroterapia_.pdf
45. Biasoli M. Hidroterapia : aplicabilidades clínicas. *REV BRAS MED [Internet]* 2006 [consultado 23 Oct 2018]; 63(5):225–37. Disponible en: <http://biasolifisioterapia.com.br/publicacoes/028rbm4.pdf>
46. Sebastián M. Estimulación multisensorial en el trabajo del fisioterapeuta pediátrico. *Fisioterapia [Internet]*. 2005 [consultado 23 Oct 2018]; 27(4):228–38. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-5638\(05\)73443-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-5638(05)73443-X)
47. Velásquez T, Banguero L. Diseño de un espacio sensorial para la estimulación temprana de niños con multidéficit. *Rev Ing Biomédica ISSN [internet]* 2008 [consultado 23 Oct 2018]; 2(3):40–7. Disponible en: <http://repositorio.iberamericana.edu.co/bitstream/001/406/1/Memorias%20VI%20Encuentro%20Nacional%20y%20III%20Internacional%20de%20Investigación%20en%20Fonoaudiología-%202016.pdf>
48. Guidi D, Vergara I, Jalil J, Suárez A, Erling F, Barragán P, Alvarez M. Impacto De Los Programas

De Rehabilitación Cardíaca Sobre Los Factores De Riesgo Cardiovascular En Prevención Secundaria Impact of Cardiac Rehabilitation Programs on the Cardiovascular Risk Factors in Secondary Prevention. *Rev Med Chile* [Internet] 2015 [consultado 24 Oct 2018]; 23(2):41–9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/910/91044134005.pdf>

49. Rodríguez O. Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan* [Internet]. 2009 [consultado 24 Oct 2018]; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000500014&script=sci_arttext&lng=en
50. Landinez N, Contreras K, Castro Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2012 [consultado 24 Oct 2018]; 41(2):268–89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
51. Talento C, Perdomo E, González C. La estimulación temprana en el desarrollo creativo de los niños de la primera infancia. *VARONA, Rev Científico- Metodológica* [internte] 2011 [consultado 24 Oct 2018]; (52):29–34. Disponible en: <http://beduniv.reduniv.edu.cu/fetch.php?data=933&type=pdf&id=933&db=1>
52. Hidalgo Á. La rehabilitación terapéutica a pacientes parapléjicos: impacto desde las tecnologías. *podium* [Internet]. 2017 [consultado 24 Oct 2018]; 12(1):2443–6. Disponible en: <http://dl.acm.org/citation.cfm?doid=3132847.3133176>
53. FREIS N. La rehabilitación en ortopedia y traumatología. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* [Internet] 2006 [consultado 24 Oct 2018]; 3:272–7. Disponible en: http://www.aaot.org.ar/revista/2006/n3_vol71/art14.pdf
54. Bulley C, Donaghy M. Sports physiotherapy competencies: The first step towards a common platform for specialist professional recognition. *Phys Ther Sport* [Internet] 2005 [consultado 25 Oct 2018]; 6(2):103–8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246837177_Sports_physiotherapy_competencies_The_first_step_towards_a_common_platform_for_specialist_professional_recognition
55. Cohen A, Morrow H, Cleary G. Physiotherapy and rheumatological disorders. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)* [Internet] 2014 [consultado 26 Oct 2018]; 24(2):83–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2013.08.006>
56. Bustelo S, Morales A, Patiño S, Viñas S, Rodríguez A. Clínica interview and functional assessment of pelvic floor. *Fisioterapia* [Internet] 2004 [consultado 30 Oct 2018]; 26(5):266–80. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15870/MartinezBustelo_EntrevistaClinica.pdf?sequence=5
57. Rashleigh L. Physiotherapy in palliative oncology. *Aust J Physiother* [Internet]. 1996 [consultado 30 Oct 2018]; 42(4):307–12. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60395-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60395-0)
58. Sánchez P. TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN CIRUGÍA ESTÉTICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. España; 2017 [revisión 2017; coconsultado 2 Nov 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v33n1/V33N1.pdf>
59. Veenman P. Veterinary physiotherapy: an introduction to a complementary treatment option. *Veterinary Nursing Journal* [Internet] 2008 [consultado 2 Nov 2018]; 23(11). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17415349.2008.11013746>
60. Herrera E, Rivera L, Prada A, Sánchez D. Evolución histórica de la fisioterapia en Colombia y en la

Universidad Industrial de Santander. Rev Salud UIS [Internet] 2004 [consultado 2 Nov 2018]; 36(1):21–31. Disponible en: [file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/710-Texto%20del%20artículo-2174-1-10-20100525%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/710-Texto%20del%20artículo-2174-1-10-20100525%20(1).pdf)

61. Garcia A, AMARO O. Revisión sistemática sobre los efectos de la crioterapia. Rev Apl Científica y Técnica [Internet] 2015 [consultado: 2 Nov 2018]; 1(1):66–72. Disponible en: http://www.ecorfan.org/spain/researchjournals/Aplicacion_Cientifica_y_Tecnica/vol1num1/Aplicacion-Cientifica-y-Tecnica--73-78.pdf
62. Ulloa F. Agentes físicos superficiales y dolor . Análisis de su eficacia a la luz de la evidencia científica. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2008 [consultado 5 Nov 2018]; 16(3):182–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000300006&script=sci_abstract&tlng=es
63. Lpez M, De Carlos E. El papel de la escuela de linfedema y la cinesiterapia en la prevencin y el tratamiento del linfedema. Rehabilitacion [Internet] 2010 [consultado 5 Nov 2018]; 44(1):49–53. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-el-papel-escuela-linfedema-cinesiterapia-S0048712010001179>
64. Rodríguez J, González B, Torres S, Martín J, Jiménez M, Bellino M. Effects of the application of therapeutic massage in children with cancer: a systematic review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet] 2017 [consultado 5 Nov 2018]; 25(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100602&lng=en&tlng=en
65. Hernández A. Técnicas y tecnologías en hidrología médica e hidroterapia. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - AETS [Internet] 2006 [consultado 5 Nov 2018]; 50(0):141-143. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-e64c677197>
66. Mutuberría L, Capote R. Beneficios del ejercicio físico terapéutico en pacientes con secuelas por enfermedad cerebrovascular. Rev Cubana Med [Internet] 2012 [consultado 6 Nov 2018]; 51(3):258–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000300007
67. Ayaso J, Domínguez D, Granry J. Aplicación de un programa de ejercicio terapéutico en población adulta con discapacidad intelectual. Ann Fr Anesth Reanim [Internet] 2014 [consultado 6 Nov 2018]; 10(2):127–36. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/39043829.pdf>
68. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE LAS FUNCIONES DE LOS FISIOTERAPEUTAS DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE) [Internet]. España: COMITÉ EJECUTIVO DEL CGCFE; 2015 [revisión 2015; consultado 6 Nov 2018]. Disponible en: http://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto_20.pdf
69. Salud de México. Desempeño de los Sistemas de Salud. Salud México [Internet] 2002 [consultado 7 Nov 2018]; 146(1). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>
70. Pierre P. Los servicios de salud en el nivel primario [Internet]. Ginebra, suiza: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2011 [revisión 2011; consultado: 6 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/publication/p0887.htm>
71. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, DC: OMS, OPS;

- 2014 [revisión 2014; consultado 7 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
72. Evans D, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* [Internet]. 2012 [consultado 7 Nov 2018]; 380(9845):864–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61483-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4)
 73. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? [Internet] OMS: 24 de enero de 2019 [revisado 2019, consultado 3 Ene 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
 74. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales [Internet]. Francia: OMS; 2009 [revisión 2009; consultado 7 Nov 2018]. Disponible en: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf
 75. Secretaría de Salud, Coordinación General de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Notas Técnicas para la Aplicación de los Indicadores de Resultado 2001 (Condiciones de Salud) [Internet]. México: SSA; 2001 [revisado 2001, consultado 10 Nov 2019]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/notas_tecnicas2001.pdf
 76. Castro R. Teoría social y salud [Internet]. Buenos Aires: UNAM; 2011 [revisado 2011, consultado 10 Nov 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000200017
 77. Ramirez T, Najera P. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* [Internet] 1998 [consultado 10 Nov 2018]; 40(1):3–12. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
 78. Naciones Unidas. Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad [Internet]. Nueva York y Ginebra: 2008 [revisado 2008, consultado 10 Nov 2019]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
 79. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México [Internet]. México DF: OPS/OMS: 2013 [revisado 2013, consultado 12 Nov 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Cobertura%20Universal%20en%20Salud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ALMA/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Cobertura%20Universal%20en%20Salud%20(1).pdf)
 80. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones* [Internet] 2007 [consultado 12 Nov 2018]; 14(1):201-209. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
 81. Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales C. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana , 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2013 [consultado 15 Nov 2018]; 20(6):1947–58. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1947.pdf>
 82. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet] 2017 [consultado 15 Nov 2018]; 55(1):82–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im1711q.pdf>

83. Schneidermann D. Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional. *margen* [internet] 2012 [consultado: 15 Nov 2018]; 66:1–19. Disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen66/03_schneidermann.pdf
84. Landini F, Cowes V, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saúde Pública* [Internte] 2014 [consultado 17 Nov 2018]; 30(2):231–44. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
85. Donaveedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Univ Mich* [Internte] 1980 [consultado 17 Nov 2018]; 1. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1567/the-definition-of-quality-and-approaches-to-its-assessment-vol-1-explorations-in-quality-assessment-and-monitoring>
86. Organización panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente [Internte]. Washington, D.C: OPS/OMS;2007 [revisión 2007; consultado 20 Feb 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>
87. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark* [Internte] 1985 [consultado 20 Feb 2019]; 4(49):41–50. Disponible en: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2491773/mod_resource/content/1/Conceptual%20Model%20of%20Service%20Quality%20and%20Its%20Implications%20for%20Future%20Research.pdf
88. Cronin J, Taylor S. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *J Mark* [Internet]. 1992 [consultado 20 Feb 2019]; 56(3):55. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1252296?origin=crossref>
89. Dolci G, Torres F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud [internte]. Mexico DF: Ansberto Horacio Contreras Colín; 2012 [revisión 2012; consultado 20 Feb 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf
90. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 [Internte] Mexico DF: IMSS; 2018 [revisión 2018; consultado 20 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
91. Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia. Evaluación de resultados del programa de atención a personas con discapacidad [Internte]. Mexico DF: DIF, 2004 [revisión 2004; consultado 20 Feb 2019]. Disponible en: http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/planeacion_institucional/documentos/EvaluacionExterna2003-Discapacidad.pdf
92. Saturno P, Gutiérrez J, Vieyra W, Romero M, O'Shea G, Lozano J, et al. Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. *Fundamentos metodológicos. Salud Publica Mex* [Internte] 2016 [consultado 20 Feb 2019]; 58(6):685–93. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v58n6/036-3634-spm-58-06-00685.pdf
93. Salazar C, Zuluaga A, Álvarez A. Nivel de satisfacción de los cuidadores familiares en la rehabilitación física de niños con deficiencia físico-motora asistentes al servicio de fisioterapia en un hospital del sur occidente colombiano, 2011. *Mov.cien.* [Internte] 2014 [consultado 20 Feb 2019]; 8(1):86–96. Disponible en:

<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/index/search/search?query=Cuidadores%20Familiares>

94. Aguirre G. Accesibilidad y satisfacción del usuario con discapacidad motora que acude al servicio de medicina de rehabilitación del hospital nacional Dos de Mayo , Lima-2016 [Internet]. Lima, Peru: Tesis; 2017 [consultado 30 Oct 2018]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/14251/Artica_AGCK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Del Blanco J, Laguarda S, De las Peñas F. Evaluación y mejora de la calidad asistencial en fisioterapia a pacientes con cefalea. *An Sist Sanit Navar* [Internet] 2018 [consultado 30 Oct 2018]; 41:57–68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v41n1/1137-6627-asisna-41-01-57.pdf>
96. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 1989 [revisión 1989; consultado 1 May 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
97. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de Ley general de salud [Internet]. Mexico: CEUM; 2018 [revisión 2018; consultado 1 may 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
98. Secretaria de Gobierno. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3- 2012. Que establese los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. Mexico: SEGOB; 2012 [revisión 2012; consultado 1 Mayo 2019]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
99. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Organización de las Naciones Unidas: 2008. [revisión 2008; consultado 1 May 2019]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
100. Maribel Cruz Ortiz, Ma. del Carmen Pérez Rodríguez, Cristina Jenaro Río. Discapacidad, cronicidad y envejecimiento. La emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index Enferm* [Internet] 2017 [consultado 20 May 2020] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012
101. INEGI, Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre), Comunicado de prensa núm. 638/19 2 de diciembre de 2019 Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Discapacidad2019_Nal.pdf
102. Gobierno del estado de Mexico, Reporte diabetes mellitus. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/reportes/Diabetes_mellitus.pdf
103. García H. El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia, *Rev.Med.Electrón.* vol.38 no.4 Matanzas jul.-ago. 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400001
104. Secretaria de salud. Dirección general de epidemiología. Disponible en: <http://www.sinave.gob.mx/>
105. Barba E. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Patología clínica.* 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
106. Felicia Marie F, González E, Gómez O. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública Méx* vol.55 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013

107. Guzmán M. Presente y futuro de la rehabilitación en México. *Cirugía y Cirujanos*. 2016;84(2):93---9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-pdf-S0009741116300135>
108. OMS, Discapacidades y rehabilitación, Rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/cbr/es/>
109. Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, Stolkiner, Alicia, EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. *Anuario de Investigaciones [Internet]*. 2007; XIV ():201-209. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf?fbclid=IwAR1KOWSGpcX77lhSP0md4XJLQqo9NboDidD12sbViU_0F0zjuHkrJzBfUr0
110. Galea MD. Telemedicine in Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019 May;30(2):473-483. doi: 10.1016/j.pmr.2018.12.002. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30954160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30954160/>
111. Magnusson D, Sweeney F, Landry M. Provision of rehabilitation services for children with disabilities living in low- and middle-income countries: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41(7):861-868. doi:10.1080/09638288.2017.1411982. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29212379/>
112. Adugna MB, Nabbouh F, Shehata S, Ghahari S. Barriers and facilitators to healthcare access for children with disabilities in low and middle income sub-Saharan African countries: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):15. Published 2020 Jan 6. doi:10.1186/s12913-019-4822-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906927/>
113. OMS, Rehabilitación. datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
114. Fernandez M. La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. *Rev. Méd. Risaralda* 2014; 20 (1): 41-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100009
115. Dias et al. Perception regarding the quality of care of Care Network for People with Disabilities. *CoDAS* 2019;31(5):e20180102 DOI: 10.1590/2317-1782/20192018102. Disponible en: <file:///C:/Users/altos/OneDrive/Escritorio/Perception%20Regarding%20the%20Quality%20of%20Care%20of%20Care%20Network%20for%20People%20With%20Disabilities.pdf>
116. Martínez L et al. Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2011;14(1):15---19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-mejora-eficacia-intervencion-entre-el-S1138604511000505>

VIII. ANEXO

Anexo1: Operacionalización de las variables

	Definición conceptual		Definición operacional		Preguntas	Rangos	I	
Cobertura	Número de personas que recibe una intervención definida entre la población que tiene derecho a recibirla o la necesita.		División de los usuarios que reciben el SF entre los usuarios que acuden con el medico de rehabilitación para solicitar el SF.			Suficiente Insuficiente	Estadísticas CREE	
V	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Preguntas	Valores de medición	Rangos	I
ACCESIBILIDAD	Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible	La condición del acceso a los servicios de fisioterapia, desde los percances que el usuario puede tener de camino al servicio, administrativo s, económicos, en la arquitectura del servicio hasta los problemas culturales.	Accesibilidad geográfica	Está relacionada con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles	*Distancia	1=muy lejos, 2=lejos, 3=medio, 4=cerca, 5=muy cerca	Mala [2-4], Regular [5-7] Buena [8-10]	Encuesta de accesibilidad Mala [13 - 30] Regular [31 - 48] Buena [49 - 65]
			Accesibilidad administrativa	se refiere a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos	Trámite p/solicitar cita médica de Rehabilitación Trámite para solicitar cita para Terapia Física. Tiempo de espera para el inicio de Terapia Física.	1= muy complicado, 2= complicado, 3=regular, 4=sencillo, 5=muy sencillo 1=muy largo (>30 días), 2=largo (15-30), 3=regular (7-15 días), 4=cerca (1-6días), 5=muy cerca (<1 día)	Mala [3-6] Regular [7-11] Buena [12-15]	
			Accesibilidad económica	Es la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y otros costos derivados	*Gasto del transporte de su domicilio al Hospital *Gasto para cubrir las actividades cotidianas mientras dura su rehabilitación	1= muy costoso, 2= costoso, 3=regular, 4=económico, 5=muy económico	Mala [2-4] Regular [5-7] Buena [8-10]	
			Accesibilidad arquitectónica	Es la posibilidad que tiene la población para entrar, y desplazarse dentro de las estructuras físicas donde se brinda servicios de salud.	*Ingreso a la Institución *Desplazamiento dentro de la Institución *Señalización para llegar al Área de Terapia Física.	1= muy complicado, 2= complicado, 3=regular, 4=sencillo, 5=muy sencillo 1=pésima, 2=mala, 3=regular, 4=adecuada, 5=muy adecuada	Mala [3-6] Regular [7-11] Buena [12-15]	
			Accesibilidad cultural	Se focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales y la organización del servicio,	*Trato preferente *Discriminación *Facilidad de Acceso a transporte para acudir al Hospital	1=totalmente en desacuerdo, 2=en desacuerdo, 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=de acuerdo, 5=totalmente de acuerdo	Mala [3-6] Regular [7-11], Buena [12-15]	
			CALIDAD	Cualidad esencial de la atención médica y que es esencial para el logro de los objetivos en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud"	Nivel de satisfacción que los usuarios perciben refiriéndose a la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, y la apariencia de las instalaciones de los servicios de fisioterapia	Fiabilidad	Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó.	
Capacidad de Respuesta	Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.	Pregunta 6				3=ni de acuerdo ni en desacuerdo 4=de acuerdo 5=totalmente de acuerdo	Baja [1-2] Media [3-4] Alta [5]	
Seguridad:	Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.	Pregunta 7 y 8					Baja [2-4] Media [5-7], Alta [8-10]	
Empatía	Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares.	Preguntas de la 9 a la 11					Baja [3-6], Media [7-11], Alta [12-15],	
Aspectos Tangibles:	Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación.	Preguntas de la 12 a la 15					Baja [4-9], Media [10-15], Alta [16-20]	
OA	Otorgar la atención medica al paciente en el momento que la amerita, cundo la necesita.		Capacidad de ofrecer el servicio de fisioterapia a los usuarios antes de 5 días hábiles		¿Cuántos días pasaron después de que usted vino a solicitar el servicio de fisioterapia hasta su primera terapia?	Desempeño esperado ≥ 95.0 , desempeño medio 78.1 - 94.9 y desempeño bajo ≤ 78.0	Hoja de registro	

Anexo 2: Hoja de registro.

Hoja de registro						
Fecha:						
Diagnóstico:						
Acompañante:	Si	No	Quien:			
Fecha de la primera terapia:						
Terapias por semana:						
Código:						
Edad:						
Sexo:	Mujer			Hombre		
Escolaridad:	K	PRI	SEC	PRE	UNI	POT
Ocupación y empleo:						
Estado civil:	Casado	Soltero	Otro:			
Lugar de procedencia:						
A partir del día que solicito el servicio de fisioterapia, con su documentación correspondiente completa, cuantos días hábiles pasaron para tener la primera sesión:	-	<5				
	-	= 5				
	-	>5				

Anexo 3: instrumento accesibilidad

Dimensiones	Nº	Preguntas	1	2	3	4	5
Geográfico	1	¿El desplazamiento desde su residencia actual hasta el hospital le parece?	Muy lejos	Lejos	Medio	Cerca	Muy cerca
	2	¿El tiempo que gasto en el desplazamiento de su residencia actual al hospital le pareció?	Muy larga (>60 min)	Largo (30-60 min)	Medio (15-30 min)	Corto (<5 min)	Muy corto (<5 min)
Administrativo	3	¿Conseguir la interconsulta o referencia para cita en consultorio de medicina física le pareció?	Muy complicado	Complicado	Medio	Sencillo	Muy sencillo
	4	¿El trámite que realizo para solicitar la cita fisioterapia le pareció?	Muy complicado	Complicado	Medio	Sencillo	Muy sencillo
	5	¿El tiempo de espera para el inicio de la terapia física fue?	Muy largo (>30 días)	Largo (15-30 días)	Medio (7-15 días)	Corto (1-7 días)	Muy corto (<1 día)
Económico	6	¿El gasto de transporte desde su residencia actual al hospital, le pareció?	Muy costoso	Costoso	Regular	Económico	Muy económico
	7	¿Los gastos para cubrir sus actividades cotidianas (alimentación, vestido, higiene) mientras dura su rehabilitación, le parecen?	Muy costoso	Costoso	Regular	Económico	Muy económico
Arquitectónico	8	¿El ingreso al hospital (puerta, rampa), le pareció?	Muy complicado	Complicado	Regular	Sencillo	Muy sencillo
	9	¿La movilización y desplazamiento dentro de las instituciones para recibir su terapia, le parecieron?	Muy complicado	Complicado	Regular	Sencillo	Muy sencillo
	10	¿La señalización para llegar al área de fisioterapia (carteles, letreros, flechas), le parecen adecuados?	Talmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Cultural	11	¿Se le dio preferencia por su discapacidad?	Talmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	12	¿Se le discrimina por su discapacidad?	Talmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	13	¿El acceder a un medio de transporte (bus, taxi) desde su residencia actual hasta el hospital, le fue?	Muy complicado	Complicado	Regular	Sencillo	Muy sencillo

Anexo 4: instrumento de calidad SERVPERF

Dimensiones		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Preguntas		1	2	3	4	5
Fiabilidad	1	El personal de recepción de rehabilitación la oriento y explico de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en Fisioterapia.				
	2	La sesión de fisioterapia se realizó el día programado.				
	3	Su atención de fisioterapia se realizó respecto al orden de llegada.				
	4	Su hoja de control a asistencia de terapias se encontró disponible en el área de terapia para su atención.				
	5	Las citas de fisioterapia se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad.				
Capacidad de resp	6	La atención en caja o el módulo de asistencia fue rápida.				
Seguridad	7	Durante su atención en fisioterapia se respetó su privacidad.				
	8	El fisioterapeuta que le atendió le inspiro confianza.				
Empatía	9	El personal de fisioterapia lo escuchó atentamente y lo trato con amabilidad, respeto y paciencia.				
	10	El medico de terapia física que lo atedio mostro interés para solucionar su problema de salud.				
	11	El medico de terapia física le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos que le realizaron.				
Aspectos tangibles	12	La señalización del área de fisioterapia (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuadas para orientar a los pacientes y acompañantes.				
	13	El área de fisioterapia conto con personal para informar y orientar a pacientes y acompañantes.				
	14	El área de fisioterapia conto con los equipos y materiales necesarios para su atención.				
	15	El área de fisioterapia y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores.				

Anexo 5: Carta de consentimiento informado

Anexo 6: Carta de asentimiento informado

Anexo 7: Cronograma de actividades

Actividades	2018				2109												2020							
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	
Presentación del protocolo																								
Aprobación del comité Académico y de Ética																								
Correcciones																								
Adquisición del material																								
Prueba piloto																								
Trabajo de campo																								
Análisis de información																								
Redacción del informe																								
Redacción de artículo																								

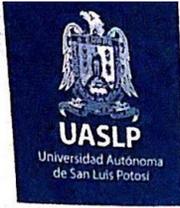
Anexo 8: Presupuestos

Recurso		
Humanos	Lic. Alma teresa Alvarez Camacho	
	Dr. Darío Gaytán Hernández	
	Dra. Maribel Cruz Ortiz	
Materiales		Precios
	Laptop	\$ 10,000
	Hojas de maquina (cartas de consentimiento informado)	\$ 80
Financiero	Trasportes	
		\$2,960 Rio verde
		\$4,800 Ciudad valles
		\$1,600 Matehuala
		\$160 Mezquitic de Carmona
	Vivienda	\$5,600 Tamazunchale
		\$160 CREE
	\$2,000Rio verde	
	\$2,000 Cuidad valles	
	\$2,000 Matehuala	
Viáticos	\$2,000 Tamazunchale	
	\$12,000	
Total	---	\$45,360

Anexo 9: Carta de no conflicto de interés

Anexo 10: Carta comité académico

Anexo 11: Carta de comité de ética



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP.

Título del proyecto: EVALUACION DE LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN SAN LUIS POTOSI.

Responsable: Alma Teresa Álvarez Camacho
Fecha: 20 de junio de 2019

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga registro **CEIFE-2019-308**. Se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de seis meses.

www.uaslp.mx

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071

Atentamente

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA E INVESTIGACIÓN

"2019, aniversario 160 de la fundación del Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí"