

Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria

Esther Sanz^a, Dulce Ramírez^b, Esperanza Escortell^c, Aurelio Sáenz^d y José Rosado^e

^aMédico de Familia. EAP Juncal. Área 3. Madrid. España.

^bResidente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital General Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

^cTécnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Área 3. Madrid. España.

^dMédico de Familia. Responsable de Calidad. Gerencia de Atención Primaria Área 3. Madrid. España.

^eOdontólogo. EAP Juncal. Área 3. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. Esperanza Escortell Mayor.

Ntra. Sra. del Pilar, s/n. 28803 Alcalá de Henares. Madrid. España.

Correo electrónico: eescortell.gapm03@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: La presión asistencial elevada es un problema que preocupa a los médicos de atención primaria (AP). Se puede optimizar la utilización de las consultas mediante la aplicación de estrategias dirigidas al usuario, los profesionales y la organización. Entre ellas está la gestión de la consulta.

Objetivo: Mejorar la dinámica de una consulta de medicina de familia mediante la racionalización de la demanda, mejora de la accesibilidad y satisfacción del usuario.

Material y método: Se establece un plan de intervención consistente en: organización de la cita, evaluación de la actividad asistencial antes y después de la intervención, de la satisfacción de los usuarios con la medida adoptada y de la atención recibida.

Resultados: Con la gestión de la agenda de consulta, disminuye la consulta a demanda, aumenta la concertada (la presión asistencial se mantiene) y el usuario percibe que disminuye el tiempo de espera.

Conclusiones: Se racionaliza la actividad asistencial y se consigue una adecuada satisfacción del usuario, al mejorar su acceso al sistema.

Palabras clave: Consulta de atención primaria. Medicina de familia. Actividad asistencial. Satisfacción de pacientes.

Abstract

Introduction: Heavy caseload is a significant concern to primary care physicians. The use of consultations can be reduced through the application of strategies directed at the user, the health professional and the organization. One of these strategies is consultation management.

Objective: To improve the dynamics of family medicine consultations through demand rationalization, improved accessibility and user satisfaction.

Material and method: An intervention plan was implemented. The intervention consisted of appointment organization, evaluation of caseload before and after the intervention, the degree of user satisfaction with the adopted measures, and evaluation with the care received.

Results: Consultation management decreased demand and increased scheduled consultations (activity was maintained constant), while users perceived a decrease in waiting time.

Conclusions: Healthcare activity can be rationalized through appropriate consultation management. Moreover, improved accessibility to the system leads to good user satisfaction.

Key words: Primary health care. Family medicine. Office visits. Patient satisfaction.

Introducción

El objetivo principal de la asistencia sanitaria es llevar a cabo una atención eficiente que sea satisfactoria para la población. El médico de familia es responsable de proporcionar una atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica¹.

Los estudios de evaluación de la atención primaria (AP) se han centrado, fundamentalmente, en el proceso asistencial (que incluye indicadores como el tiempo por visita, la conformidad con protocolos asistenciales o la satisfacción de los pacientes) y los resultados (en términos de productos intermedios como prescripción farmacéutica, derivación de pacientes o utilización de servicios de urgencia u hospitalarios)^{2,3}.

La presión asistencial elevada es uno de los problemas que más preocupa a los médicos de AP. Se puede conseguir

reducir la utilización de las consultas mediante la aplicación de una serie de estrategias dirigidas al usuario, los profesionales y la organización. Entre ellas se encuentra la gestión de la consulta. Para gestionar la consulta se debe tener en cuenta que, en general, sólo las actuaciones sobre la organización pueden conseguir resultados a corto plazo (en meses) cuantitativamente considerables⁴⁻⁷.

Con un planteamiento práctico se consideran dos instrumentos del marco organizativo de la consulta: los circuitos de funcionamiento (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo)⁵⁻⁹. Se entiende por gestión de la demanda la actuación dirigida a regular y adecuar la actividad asistencial que se produce en la consulta a partir del rediseño de los circuitos, la redistribución y la racionalización de la actividad. Todas las fases de atención de los pacientes y sus episodios requieren un tiempo y un espacio; la gestión del tiempo no sirve para disminuir la demanda, sino para ordenarla^{1,4,5}.

El objetivo de la gestión de la demanda es, por tanto, la priorización en la gestión del tiempo; citar desde la consulta toda visita sucesiva es importante para que sea el médico quien tenga el control de la frecuentación. Citar en consulta todo lo concertable es la única forma de controlar la variabilidad de la presión asistencial que, sin ésta, en un 90% depende del usuario^{3,7-11}.

El objetivo principal de este trabajo es mejorar la dinámica de la consulta mediante la racionalización de la demanda, con los objetivos secundarios de valorar la accesibilidad y la satisfacción del usuario.

Material y método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de intervención antes-después de calidad asistencial en AP. Además, se realiza un estudio de satisfacción concurrente de los usuarios con el nuevo sistema de cita, en el que se abordan las siguientes dimensiones de calidad: accesibilidad de la consulta del médico de familia y satisfacción del usuario con respecto al sistema de cita y a su médico (competencia profesional).

Unidades de estudio

Proveedores. El estudio se realiza en un centro de salud del área 3 de Madrid. El equipo está formado por 34 profesionales, con dos turnos de trabajo: por la mañana, 4 médicos de familia, 2 pediatras, 4 enfermeras, 3 administrativos y 1 celador; por la tarde, 6 médicos de familia, 3 pediatras, 6 enfermeras, 3 administrativos y 1 celador. El centro cuenta también con un trabajador social que presta su apoyo a ambos turnos. Una única profesional (médico de familia) desarrolla el cambio organizativo de la consulta, a consecuencia de un incremento acentuado de la presión asistencial. El resto de los médicos de familia, un total de 9, no realizan el cambio sugerido y sirven de grupo de control.

Población. La población adscrita al centro es de 25.466 habitantes (fuente: base de datos de la tarjeta sanitaria individual con fecha de septiembre de 2004).

Período de estudio. Comprende desde enero de 2002 a agosto de 2004. La intervención de mejora se establece a partir de octubre de 2002.

Identificación o muestreo

– *Evaluación de la actividad asistencial.* Se describen y comparan los datos de actividad del profesional que aplica la agenda de calidad (consulta de calidad [CC]) con los del resto de las consultas (RC) del equipo.

– *Evaluación de la satisfacción.* Se seleccionó una muestra de 100 usuarios de la consulta del profesional que aplica la agenda de calidad (CC), a quienes se distribuyó una encuesta autocumplimentada. Como *criterio de inclusión* se considera: paciente mayor de 14 años que acude a la CC; se fija como único *criterio de exclusión* que no

sepa leer ni escribir. Se utiliza una técnica de muestreo sistemático: 1 de cada 4 usuarios que acude a consulta. La encuesta se entrega a cada usuario para que la cumplimente y la remita a la unidad administrativa del centro. Se insiste al usuario sobre el anonimato. La encuesta se realizó entre el 22 de septiembre y el 22 de octubre de 2004.

Fuente de datos

La Unidad de Sistemas de Información de la Gerencia de AP proporcionó los datos de actividad.

La encuesta de satisfacción que se utiliza es un modelo adaptado de la empleada para usuarios de AP por el antiguo Instituto Nacional de la Salud (anexo 1).

Criterios de evaluación

– *Estudio de la accesibilidad* de la consulta del médico de AP. Se utilizan los indicadores de actividad asistencial: consulta a demanda, consulta concertada, presión asistencial y frecuentación, según establece el glosario de términos de la Dirección General de Informática de la Consejería de Sanidad de Madrid.

– *Estudio de satisfacción del usuario.* Los criterios que se utilizan se especifican en el anexo 1. La escala de valoración empleada es de tipo Likert, con una puntuación que oscila entre 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

Intervención de mejora de la calidad

Se modifica la agenda de un médico del centro de salud en turno de mañana (CC). Se siguió la siguiente metodología:

– Sustitución del concepto de consulta programada por el de concertada. Se distingue entre consulta concertada por motivos clínicos y aquellas que obedecen a problemas burocráticos puros a la hora de organizar la agenda.

– Adecuación de la cita al tiempo real de consulta. Para adecuar el número de huecos de cita a la presión asistencial media del profesional, se amplía el número de huecos de 40 a 70.

– Se establecen huecos de consulta más cortos (1 min) para consultas burocráticas (recetas, partes de confirmación, informes médicos, etc.).

– Control de las citas. Todo seguimiento de pacientes crónicos, cumplimiento de protocolos, etc., se cita también en consulta concertada, con una duración o tiempo estimado más acorde con la actuación requerida.

– Se establece un número de huecos determinados para las citas consideradas “no demorables” y se cambia el concepto de urgencias por el de “sin cita, no demorable”.

– Se genera una serie de “huecos colchones” o huecos sin cita, cada hora, de unos 10 min de duración, con el fin de recuperar la posible demora generada.

– Se establecen huecos para consulta telefónica concertada, con una duración de 30 min.

– Igualmente se establecen huecos para la atención domiciliaria a demanda y concertada, con una duración de 30 a 60 min.

Análisis estadístico de los datos

Se utiliza el sistema SPSS 12.0 para Windows 2000, y se realizan los siguientes análisis:

– Comparación de medias, mediante pruebas no paramétricas (test de Wilcoxon). Se comparan las medidas de control asistencial antes y después de la intervención, así como con el resto de las consultas en las que no se lleva a cabo dicha intervención. Se calculan los intervalos de confianza (IC) del 95% de las diferencias encontradas.

– Análisis descriptivo de los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios.

Resultados

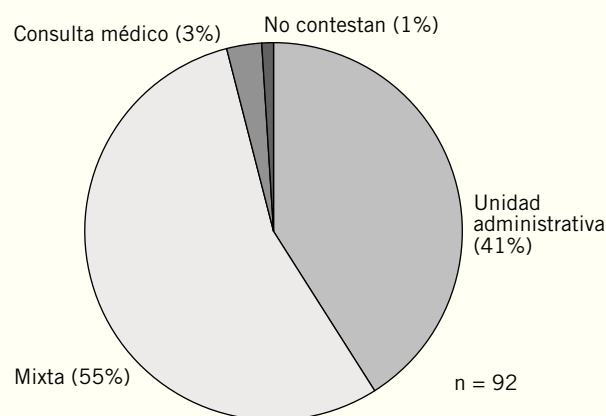
Evolución de la actividad asistencial

Los datos sobre la evolución asistencial de la CC se representan junto a las del RC en la tabla 1. Se detallan los valores medios de todo el período de estudio, junto a los intervalos de confianza del 95%, así como las diferencias existentes. Se observa que las cifras de frecuentación de partida, antes de instaurar las medidas de calidad en la agenda (octubre de 2002), son similares en el caso de CC (0,48) y RC (0,46), mientras que las condiciones de partida de CC eran significativamente mejores en la consulta a demanda (29,84, inferior respecto a RC) y concertada (superior en CC, 10,71).

Se aprecia un aumento en la presión asistencial de CC, a expensas de un aumento de la consulta concertada (15,1) y una disminución de la demanda (27,4), cuyas diferencias con respecto a RC se incrementan favorablemente tras la intervención de mejora ($p = 0,001$ y $p < 0,0001$), mientras que en RC la presión asistencial es prácticamente la misma, con un incremento moderado de la consulta concertada. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

En el caso de la frecuentación, se obtiene una reducción mayor en el caso de CC tras la implantación de las medidas

Figura 1. Resultados de la encuesta de satisfacción. Forma de obtención de la cita.



en la agenda de citación que en el resto de las consultas. Las diferencias no son estadísticamente significativas.

Resultados de la encuesta de satisfacción

Se recibió un total de 92 encuestas, de las cuales 50 (54,3%) afirmaban conseguir la cita de forma mixta; es decir, unas veces directamente en la consulta de su médico de familia y otras en la unidad administrativa. El 41,3% (38 de los entrevistados) la consiguen en ella y un 3,2% en la consulta médica (hay un caso en que no se indicaba la forma de obtención de la cita) (fig. 1).

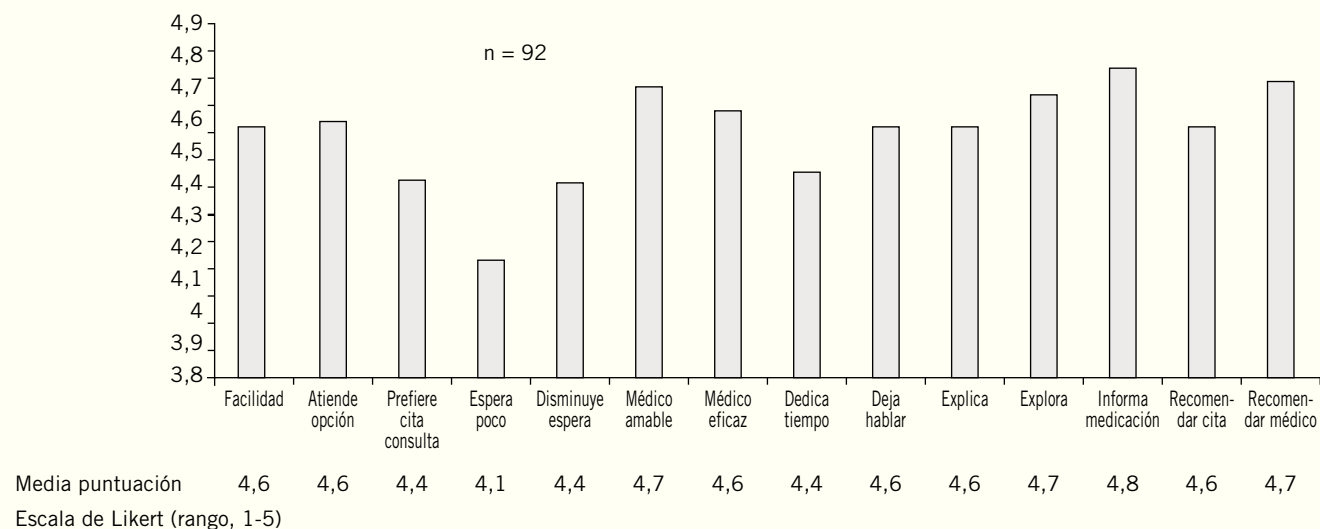
En cuanto a los resultados de la encuesta realizada, todas las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados se encuentran entre 4 y 5 puntos, correspondientes a "de acuerdo" y "muy de acuerdo" en la escala de Likert. Entre los mejor puntuados se encuentra el de "información al paciente sobre la medicación", con una media de 4,81 puntos, mientras que entre los peor puntuados se encuentra el de "tiempo de espera para entrar en la consulta médica", con una puntuación media de 4,1 (fig. 2).

Tabla 1. Evolución de la actividad asistencial en la consulta de calidad y en el resto de las consultas

	2002					2003 y 2004				
	CC	RC	Dif	p (Dif)	IC del 95%	CC	RC	Dif	p (Dif)	IC del 95%
Demanda	29,8	44,4	-14,6	0,008	-27,4 a -8,8	27,4	42,07	-14,6	0,001	-24,9 a -11,01
Concertada	10,7	3,4	7,2	0,012	1,3-21,3	15,1	5,7	9,3	0,000	13,2-16,8
Presión asistencial	41,2	48,2	-7	0,066	-12,7 a 0,3	42,8	48,1	-5,2	0,309	-10,2 a 3,3
Frecuentación	0,48	0,46	0,02	0,096	-0,001 a 0,12	0,42	0,44	-0,02	0,813	-0,06 a 0,06

CC: valores medios obtenidos en la consulta de calidad; RC: valores medios obtenidos en el resto de las consultas; Dif: diferencia de medias entre CC y RC; IC: intervalo de confianza; p (Dif): p de la diferencia de medias entre CC y RC.

Figura 2. Resultados de la encuesta de satisfacción. Puntuación en la encuesta de satisfacción a los pacientes.



Los resultados referentes al tiempo de espera para entrar en la consulta del médico de familia con agenda de calidad (CC) se detallan en la figura 3.

Discusión

La organización de la consulta del médico de familia es, a la vez que objetivo, instrumento de organización de un centro de salud. Es preciso situar claramente la consulta de AP con respecto al desarrollo de la actividad del equipo de atención primaria (EAP), ya que al fin y al cabo es el fiel reflejo de la accesibilidad y universalidad de los servicios sanitarios^{5,6}. La demanda de estos servicios está condicionada por

su oferta, a la vez que la frecuentación aumenta con la mayor accesibilidad y disponibilidad de éstos. Por todo ello, se debe perseguir una oferta de servicios resolutive, con resultados claros en la mejora de salud de la población.

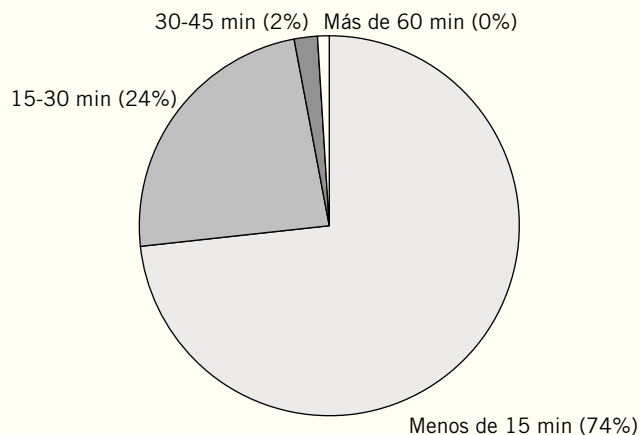
El estudio que aquí planteamos presenta una serie de limitaciones:

- Se trata de un estudio antes-después en el que se presupone que las consultas presentan características similares en el pasado y en el presente. Esta presunción se debe tener en cuenta con cautela.

- La *encuesta de satisfacción* a la población no refleja la opinión del 41,3% de los entrevistados que obtenían la cita por la unidad administrativa, quienes, si bien no disponen de datos objetivos para manifestarse sobre la forma de obtención de la cita, sí podrían haberlo hecho sobre la atención médica recibida y el grado de satisfacción global.

- Con respecto a la *metodología*, el hecho de obtener los datos de actividad mediante la unidad de sistemas de información de la Gerencia de área ha obligado a categorizar la actividad de la consulta concertada de forma global y no distingue entre las consultas concertadas burocráticas y las clínicas, como hubiera sido deseable.

Figura 3. Resultados de la encuesta de satisfacción. Tiempo de espera para entrar en la consulta.



En cuanto a los resultados obtenidos, se observa que no se consigue una disminución de la presión asistencial en la consulta donde se implantan las medidas de agenda de calidad (CC), con respecto a los índices previos. No se pueden comparar los resultados con otros trabajos porque no se ha encontrado bibliografía al respecto, pero sí coinciden con las publicaciones consultadas en afirmar que la organización de la consulta no consigue una disminución de la presión asistencial^{12,13}. Sin embargo, en este trabajo se aprecia que la presión se mantiene en niveles constantes a lo largo de los meses, y no existen grandes diferencias entre unos y otros, con excepción del pico posterior al verano (fig. 4).

Figura 4. Distribución de la actividad asistencial a demanda en la consulta donde se han implantado medidas de calidad entre 2002 y 2004.

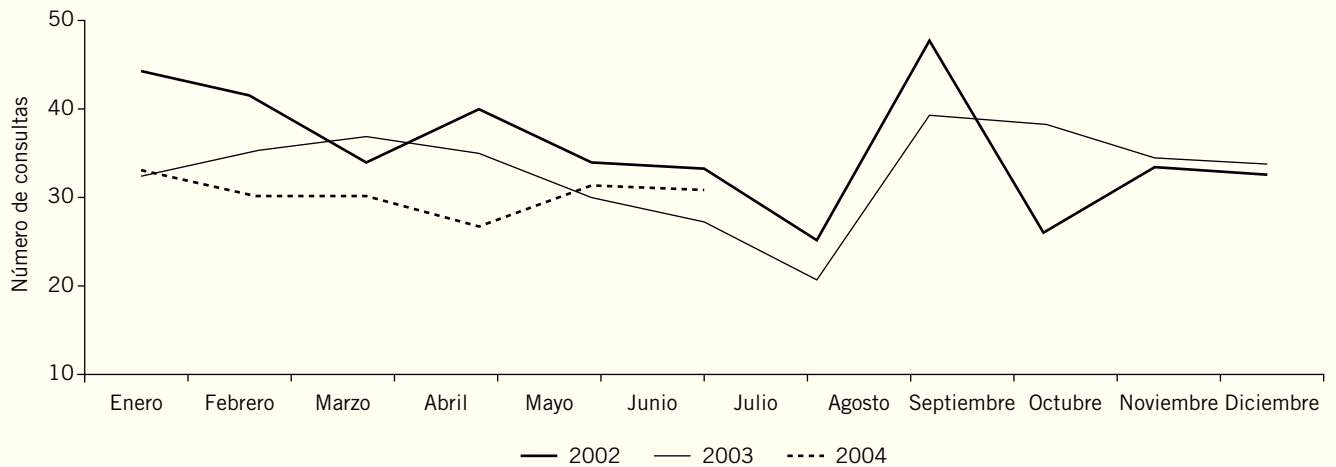
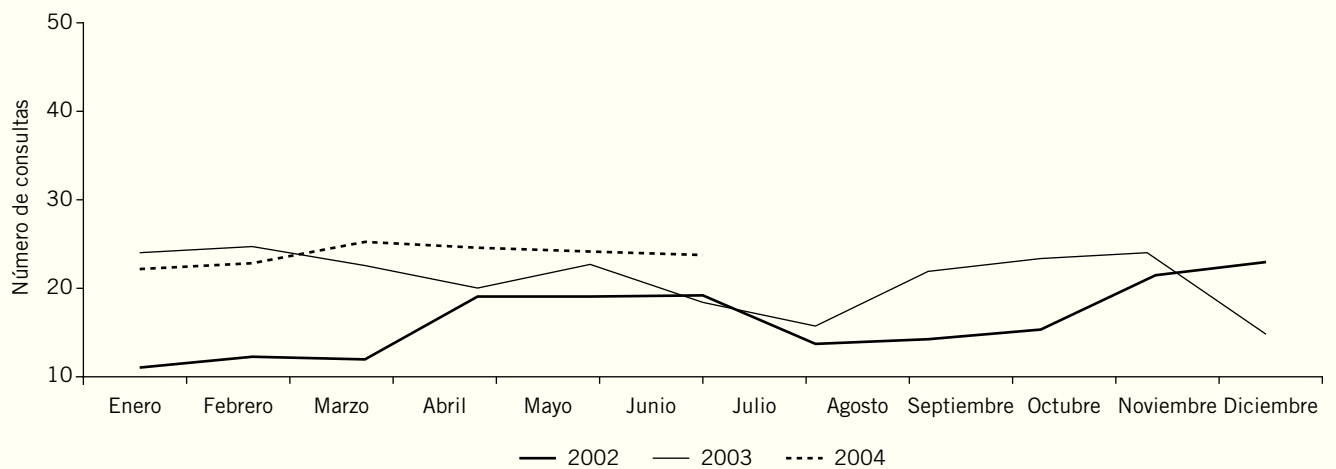


Figura 5. Distribución en la actividad asistencial concertada en la consulta de calidad entre 2002 y 2004.



Además, los resultados sobre la distribución de la actividad asistencial muestran una disminución de la consulta a demanda y un aumento importante de la consulta concertada, con una presión asistencial similar en el período de duración del estudio. El incremento de la consulta concertada se hace evidente desde el inicio de la implantación de las medidas de organización de la agenda (fig. 5).

Estos resultados permiten abordar las necesidades de salud, al optimizar el tiempo de consulta y disminuir el tiempo de espera para ser atendido. Asimismo, esta forma de gestión del tiempo permite realizar un mejor control del hiperfrecuentador y priorizar el número y tipo de actividades preventivas que se realizan.

En este sentido, los resultados obtenidos sobre la frecuentación son muy interesantes, ya que se consigue una re-

ducción mayor en la consulta de calidad que en el resto (tabla 1). Si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas, sí coinciden con la mayoría de la bibliografía existente¹⁻⁷ en describir la influencia positiva de este tipo de organización de la agenda en la frecuentación.

Por lo que respecta a los resultados de satisfacción, se observa que casi el 60% de los usuarios utilizan la consulta concertada. Esto coincide con los criterios de Ruiz Téllez⁹ en cuanto a gestión del tiempo se refiere. Los resultados de los distintos apartados de la encuesta reflejan un grado de satisfacción de los usuarios que oscila entre “de acuerdo” y “muy de acuerdo”. Llama la atención que el aspecto peor puntuado es el tiempo medio de espera para ser atendido. Sin embargo, el 74% de los encuestados refiere esperar menos de 15 min para entrar a la consulta, lo que deja de manifiesto que las

expectativas de los usuarios son elevadas, no sólo en cuanto a los tiempos de espera, sino también en cuanto al tipo de atención recibida: personalizada y eficiente¹⁴.

Una de las ventajas de la gestión de la agenda realizada en este trabajo es la buena aceptación del usuario, al reducir el tiempo dedicado a resolver motivos burocráticos puros. Entre las desventajas se encuentra el inconveniente de disponer de un horario fijo para resolver estos problemas y tener que disponer de otra cita para solucionar otros, lo que limita la accesibilidad para el usuario^{15,16}.

Con una mejor gestión de la burocracia de la consulta y una mayor coordinación entre medicina y enfermería se conseguiría, probablemente, una mejor organización de la asistencia, mejores niveles de salud y una mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario. Además, contribuiría a disminuir el desgaste profesional y la inadecuación de recursos¹⁷.

Bibliografía

1. Bobé F, Buil ME, Allué AI, et al. Optimización de la cita para maximizar el tiempo por visita. Cuadernos de Gestión. 2004;10:45-53.
2. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, et al. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. Aten Primaria. 1998;21:47-54.
3. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997;41:121-37.
4. Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el profesional y la organización (2). C&P- Sesiones clínicas 1998 [citado 19 Jul 2004]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/Sesclin/Sc0003/Frapublicidad.htm>
5. Seguí M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión. 2002;8:115-31.
6. Guijarro A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual. Cuadernos de Gestión. 2002;3:71-84.
7. Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el profesional y la organización (1). C&P- Sesiones clínicas 1998 [citado 19 Jul 2004]. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/Sesclin/Sc0003/Frapublicidad.htm>
8. Orozco D, Pedrera V, Gil V, et al. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). Aten Primaria. 2004;33:69-77.
9. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto@pcom. Barcelona: Grupo Ferrer; 2001.
10. Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria. 2001;27:343-5.
11. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! Aten Primaria. 2001;27:297-8.
12. Seguí M. Veinte años organizando la consulta. Aten Primaria. 2001;28 Supl:108-13.
13. Cortés JA. Organización en atención primaria de salud: gestión de la demanda. Organización en atención primaria de salud [citado 19 Jul 2004]. Disponible en <http://www.gestionclinica.tuportal.com/demanda.htm>
14. Haas LJ, Houchins J, LeiserJP. Changing Family Physicians' visit structuring behavior: a pilot study. Fam Med. 2003;35,10:726-9.
15. Villalbí JR, Guarga A, Passarin MI, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. Aten Primaria. 1999;24:468-74.
16. Blumenthal D, Causino N, Chang YC, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. J Fam Pract. 1999;48:262-71.
17. Grupo de trabajo de la Semfyc-Semergen. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria. 1997;21:489-98.



Atención Primaria Área 3



Madrid

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

La siguiente encuesta está destinada a que los profesionales mejoremus nuestra metodología de trabajo. Con los resultados os ofrecemos un mejor servicio de atención. Su colaboración será anónima y voluntaria.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COLABORACIÓN

MEDIO EMPLEADO PARA OBTENER LA CITA CON SU MÉDICO DE FAMILIA

Podría decirme si cuando Ud. pide cita en su Centro de Salud para acudir a la consulta de su médico de familia, lo hace...

- A- Habitualmente por teléfono o en el mostrador con el Unidad Administrativa
- B- Unas veces con el Unidad Administrativa y otras directamente con mi médico de familia
- C- Habitualmente con mi médico de familia en la consulta

Si ha señalado la opción **C** continúe cumplimentando la encuesta **marcando directamente el cuadro que corresponde a su respuesta**

FACILIDAD EN LA OBTENCIÓN DE CITA/ ADAPTACIÓN A SUS PREFERENCIAS						
En relación con la facilidad o dificultad que Ud. tiene de conseguir cita con su médico de familia, quisiera que me dijera su grado de acuerdo o no con cada uno de los siguientes aspectos:						
		MUY Acuerdo	DE Acuerdo	NI Acuerdo NI Des acuerdo	En Des acuerdo	MUY En Des acuerdo
1	Le resulta fácil conseguir la cita con su médico en la consulta					
2	Cuando pide cita, generalmente su médico tiene en cuenta el horario que más le conviene Ud.					
3	Prefiere obtener la cita directamente por el médico que a través de la Unidad Administrativa					
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO						
Con respecto al sistema de cita en consulta por su médico de familia y el tiempo de espera para ser atendido ¿qué grado de acuerdo tiene con respecto a las siguientes afirmaciones?						
		MUY Acuerdo	DE Acuerdo	NI Acuerdo NI Des acuerdo	En Des acuerdo	MUY En Des acuerdo
1	He tenido que esperar poco desde el momento de citarse hasta entrar en la consulta					
2	He notado que el tiempo de espera para ser atendido es inferior cuando recibe la cita en consulta, directamente por su médico, que cuando lo hace a través de la Unidad Administrativa					
3	El tiempo de espera, desde el momento en que está citado hasta el momento de entrar en la consulta de su médico de familia, en la última consulta ha sido	Menor de 15 minutos	De 15-30 minutos	De 30 - 45 minutos	De 45 - 60 minutos	Más de 60 minutos
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA						
Vamos a tratar ahora aspectos sobre su médico de familia, díganos si está de acuerdo o no con cada uno de los siguientes afirmaciones						
		MUY Acuerdo	DE Acuerdo	NI Acuerdo NI Des acuerdo	En Des acuerdo	MUY En Des acuerdo
1	Su médico es amable					
2	Su médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud					
3	Su médico le dedica todo el tiempo necesario					
4	Su médico le deja hablar y escucha todo lo que Ud. quiere decir					
5	Su médico le explica todo lo que Ud. quiere saber sobre su salud					
6	Siempre que es necesario, su médico le explora (auscultar, palpación, mirar), para conocer bien su problema de salud					
7	Cuando su médico le receta medicamentos, le explica cómo debe tomarlos.					
GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL						
Por último nos gustaría que nos indicara su grado de acuerdo o des acuerdo con las siguientes cuestiones:						
		MUY Acuerdo	DE Acuerdo	NI Acuerdo NI Des acuerdo	En Des acuerdo	MUY En Des acuerdo
1	Recomendaría Ud. el sistema de cita obtenido directamente por el médico en la consulta a sus amigos					
2	Recomendaría Ud. Su médico de familia a sus amigos					