



Región de Murcia

Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación



**INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA
RECIBIDA EN SU CENTRO DE SALUD
O CONSULTORIO**

EMCA
Gestión de la Calidad Asistencial

Ayúdenos a mejorar

Deseamos conocer su punto de vista sobre la atención que le hemos dado en el centro de salud o consultorio. El objetivo es saber, con su ayuda, en qué debemos mejorar la calidad de la asistencia que prestamos.

Por ello le agradeceremos que conteste las preguntas que contiene este cuestionario.

Al responder a las preguntas piense siempre, por favor, en la asistencia que **usted** ha recibido, y no en la que puede haber recibido otro familiar o conocido.

Sólo tendrá que señalar con una cruz () las respuestas escogidas y, una vez contestadas las preguntas, cerrar el cuadernillo pegando la solapa de la última página (la contraportada) sobre la portada e introducirlo en el buzón de correo más cercano.

MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR SU COLABORACIÓN.
SU INFORMACIÓN NOS VA A SER DE GRAN UTILIDAD

Ayúdenos a mejorar

APARTADO 1: GESTIÓN

(Señale así la respuesta adecuada)

1. La **última vez** que tuvo que pedir cita para su médico de familia o enfermera ¿qué medio utilizó?

- 1 Conseguí cita por teléfono llamando al Centro de Salud
- 2 Conseguí cita por teléfono llamando a la Central de Cita Previa 968 22 82 50
- 3 Conseguí cita por Internet
- 4 Conseguí cita en el mostrador de mi Centro de Salud
- 99 No lo sé

1.1. Indíquenos su grado de satisfacción a la hora de obtener cita la **última vez** que fue a su Centro de Salud

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muy
satisfecho | Satisfecho | Medianamente
satisfecho | Insatisfecho | Muy
insatisfecho |

2. Cuando tiene que resolver algún trámite o problema administrativo (cita, volante, etcétera) en su centro de salud o consultorio, ¿cree usted que el **personal administrativo** pone **interés** en ayudarle?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |

3. ¿Puede decirnos cuándo tiene la consulta su médico?

- 1 Por la mañana
- 2 Por la tarde
- 3 Por la mañana y por la tarde

4. ¿Cuándo le vendría a usted mejor acudir a la consulta de su médico de familia?

- 1 Por la mañana
- 2 Por la tarde
- 3 Por la mañana y por la tarde
- 4 Me da igual un horario que otro

5. Díganos, por favor, su impresión actual sobre las **instalaciones** del centro de salud o consultorio (*puede señalar más de una respuesta*)

- 2 Tiene poca luz
- 3 Hay mucho ruido
- 4 Está sucio
- 5 Hace mucho frío o calor
- 6 El ascensor está averiado con frecuencia
- 7 Los muebles tienen un aspecto destartado
- 8 Es un sitio muy pequeño
- 9 Los aseos están sucios o estropeados
- 10 Faltan carteles señalizadores
- 11 Existen otras cosas que están mal. Diga cuáles, por favor:
.....
- 1 Todo está en buenas condiciones

6. En los **últimos 12 meses**, ¿Le ha sucedido que en el centro de salud o consultorio, se **perdiera** algún documento relacionado con usted (por ejemplo la historia clínica, ficha del médico, cita con el especialista, pruebas o análisis)?

- 1 Me ha sucedido en una ocasión
- 3 Sí, me ha sucedido en más de una ocasión
- 2 Nunca me ha sucedido

7. ¿Ha presenciado usted, en los **últimos 12 meses** y **dentro del centro de salud o consultorio**, alguna de las siguientes situaciones en relación al tabaco? *(puede señalar más de una respuesta)*

- 1 He visto fumar al personal sanitario dentro del centro
- 3 He visto fumar a pacientes o sus acompañantes dentro del centro
- 2 Nunca he visto fumar a nadie en el centro

APARTADO 2: TIEMPOS DE ESPERA

(Señale así la respuesta adecuada)

8. La **última vez** que acudió a la consulta de su **médico de familia** ¿le atendieron a la hora que estaba citado?

1 Sí 2 No

9. La **última vez** que acudió a la consulta de su **médico de familia** ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para entrar desde la hora que estaba citado?

5 Muchísimo 4 Mucho 3 Regular 2 Poco 1 Muy poco o nada

10. La **última vez** que acudió a la consulta de **enfermería** ¿le atendieron a la hora que estaba citado?

1 Sí

2 No

98 No he acudido a esta consulta  (continúe en la pregunta 12)

11. La **última vez** que acudió a la consulta de **enfermería** ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para entrar desde la hora que estaba citado?

5 Muchísimo 4 Mucho 3 Regular 2 Poco 1 Muy poco o nada



12. Si en los **últimos 12 meses** ha acudido alguna vez a la consulta de su médico sin tener cita, ¿cómo actúa su médico de familia en estas situaciones? *(puede señalar más de una opción)*

- 6 Siempre he acudido con cita **(continúe en la pregunta 14)**
 - 1 Me atiende, pero al final de la consulta
 - 3 Me atiende, pero otro médico distinto al mío
 - 4 Valora si es realmente urgente antes de decidir cuándo me ve
 - 5 Me dice que vaya al mostrador a pedir cita y me ve cuando me toca
 - 2 No me atiende
 - 7 De otra forma ¿cuál?:
-

13. Y ¿cómo valora el funcionamiento de su centro respecto a las situaciones anteriores?

- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal



14. En el caso de que su médico de familia le haya solicitado, en los **últimos 12 meses**, análisis, radiografías, ecografías, citologías o mamografías, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar desde que le pidieron la prueba hasta que le informaron de los resultados? *(por favor, marque una respuesta por cada tipo de prueba o examen, en la línea que corresponde)*

	Muchísimo	Mucho	Regular	Poco	Muy poco	No he necesitado esta prueba
	5	4	3	2	1	98
Análisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Ha tenido la necesidad, en los **últimos 12 meses**, de hacerse pruebas o análisis, solicitados por su médico de familia, por los que haya tenido que **pagar** en centros privados, por haber una espera excesiva en el centro de salud? (por ejemplo análisis de sangre, orina, radiografías, etc.)

1 Sí

2 No

98 Nunca he necesitado pruebas o análisis

APARTADO 3: CONSULTA

(Señale así la respuesta adecuada)

16. ¿Cree que en las visitas que ha realizado a su **médico de familia**, en los **últimos 12 meses**, éste le ha dedicado el tiempo que usted necesitaba?

- 5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca

17. ¿Cree que en las visitas que ha realizado a **enfermería**, en los **últimos 12 meses**, le han dedicado el tiempo que usted necesitaba?

- 5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 98 No he acudido a esta consulta

18. ¿Tiene usted confianza para contarle a su **médico** todo lo que le quiere decir?

- 1 Sí 2 No

19. ¿Tiene usted confianza para contarle a su **enfermera** todo lo que le quiere decir?

- 1 Sí 2 No 98 No he acudido a esta consulta

20. Durante la **última visita** a su **médico de familia**, cree usted que hubo muchas interrupciones (visitas, llamadas de teléfono, etcétera) mientras le estaba atendiendo?

- 1 Sí 2 No

21. ¿Cuando le atiende su **médico**, tiene usted confianza en que sabe lo que tiene que hacerle?

5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca

22. ¿Cuando le atiende su **enfermera**, tiene usted confianza en que sabe lo que tiene que hacerle?

5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 98 No he acudido a esta consulta

23. ¿Cree usted que su **médico** se preocupa por aclararle todas las dudas sobre su enfermedad?

5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca

24. ¿Cree usted que su **enfermera** se preocupa por aclararle todas las dudas sobre su enfermedad?

5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 98 No he acudido a esta consulta

25. ¿Cree usted que el personal (médicos, enfermeras...) de su centro de salud o consultorio le dio **información diferente o contradictoria**, sobre su problema de salud?

1 Sí 2 No 98 No he pedido información

Si su respuesta anterior es **Sí**, por favor explique **por qué**:

.....

26. Cuando le atienden en su centro de salud o consultorio, ¿el **trato** que usted recibe es peor que el de otros pacientes, por alguno de los siguientes motivos? (*puede señalar más de una respuesta*)

- 1 Sí, me tratan peor por mi nacionalidad
- 3 Sí, me tratan peor por mi religión
- 4 Sí, me tratan peor por mi edad
- 5 Sí, me tratan peor por mi nivel económico
- 6 Sí, me tratan peor por el tipo de enfermedad que padezco
- 7 Sí, me tratan peor por otros motivos (por favor, diga cuáles):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2 No he sentido que me traten peor que a otros

27. En ocasiones puede ser necesario para estudiar sus enfermedades pedirle algunos análisis, radiografías u otras pruebas. En los **últimos 12 meses** ¿cómo ha actuado su médico de familia en relación a este tema?

- 1 Me los manda siempre que los considera necesarios
- 2 Aunque yo creo que me hace falta, mi médico no me los solicita
- 3 Sólo si se los pido, me los manda
- 98 No he necesitado análisis, radiografías u otras pruebas

28. ¿Le parece a usted que su médico de familia conoce sus enfermedades y problemas de salud?

- 1 Sí 2 No 3 No lo sé

¿Por qué cree usted que **No** los conoce?

.....
.....

¿Por qué cree usted que **Sí** los conoce?

.....
.....

29. ¿Cree usted que en su centro de salud o consultorio le realizan actividades **preventivas** (vacunaciones, citologías, toma de tensión, análisis de azúcar, de colesterol, charlas informativas...) para evitar enfermedades?

- 1 Sí 2 No 98 No lo sé

30. De las siguientes **enfermedades crónicas** ¿le ha dicho su médico que Ud. padece actualmente alguna de ellas? (*puede señalar más de una opción*)

- 1 Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)
- 3 Colesterol elevado
- 4 Diabetes (azúcar elevado)
- 5 Artrosis
- 6 Asma o bronquitis crónica
- 7 Enfermedad del corazón
- 8 Úlcera de estómago
- 9 Alergia
- 10 Depresión
- 2 No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades

31. ¿Le ofrecen las **recetas** de medicinas que necesita por su enfermedad crónica, sin tener que pedir cita con su médico?

- 5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 98 No tengo una enfermedad crónica

32. En ocasiones puede ser necesario consultar con un médico especialista. En los **últimos 12 meses** ¿cómo ha actuado su médico de familia al respecto?

- 1 El médico me manda al especialista siempre que lo considera necesario
2 Aunque yo creo que me hace falta, no me envía al especialista
3 Sólo si se lo pido, me manda al especialista
4 El médico de cabecera me manda al especialista sin motivo
98 No he necesitado consultar al especialista

33. ¿Ha tenido en alguna ocasión, la necesidad de ir a un **médico particular** por no recibir la atención médica que necesitaba de su médico de familia en su centro de salud o consultorio?

- 1 Sí 2 No






Si su respuesta es **Sí** ¿puede explicarnos qué pasó?

.....
.....
.....

APARTADO 4: ATENCIÓN URGENTE

Señale así la respuesta adecuada

34. Por favor señale ¿dónde acudió para que le atendieran de forma urgente la **última vez**?

- 1 Al centro de salud  (**sólo si ésta es su respuesta, continúe en la pregunta 35**)
 - 2 Al servicio de urgencias de atención primaria  (continúe en la pregunta 36)
 - 3 Al servicio de urgencias del hospital  (continúe en la pregunta 36)
 - 4 Otros, por favor especifique:
.....
.....  (continúe en la pregunta 36)
- 98 No he necesitado atención urgente  (continúe en la pregunta 36)



35. Díganos, por favor, ¿cómo valora la atención recibida la **última vez** que recibió atención urgente en su centro de salud?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala |

Si su respuesta ha sido regular, mala o muy mala, por favor, explíquenos por qué opina así:

.....

.....

.....

.....

APARTADO 5: ATENCIÓN DOMICILIARIA

Señale así la respuesta adecuada



36. En algunas ocasiones la atención a las personas que enferman tiene que ser en el domicilio. Si esto le ha sucedido a usted en los **últimos 12 meses**, indíquenos cuál fue la respuesta de su **médico de familia**, cuando usted le llamó para que fuera a su casa.

- 2 Le avisé, pero se negó a venir a mi domicilio
- 1 Ha ido a mi casa, pero poniendo muchas pegas
- 3 Ha ido a mi casa siempre que lo he necesitado
- 98 Nunca le he pedido al médico que viniera a mi casa (continúe en la pregunta 38)

37. ¿Cómo calificaría usted la atención domiciliaria prestada por su **médico**?

- 5 4 3 2 1
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala



38. Si ha necesitado en los **últimos 12 meses** la atención en su domicilio del personal de **enfermería**, díganos, por favor, qué sucedió.

- 2 Les avisé, pero se negaron a venir a mi domicilio
- 1 Han venido a casa, pero poniendo pegas
- 3 Han venido a mi casa sin problemas
- 98 Nunca he necesitado la visita de enfermería (continúe en la pregunta 40)

39. ¿Cómo calificaría usted la atención domiciliaria prestada por el personal **de enfermería**?

- 5 4 3 2 1
Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

APARTADO 6: VALORACIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN

Señale así la respuesta adecuada



40. ¿Cómo describiría usted en general la **calidad** de la atención que recibe en el centro de salud o consultorio?

5 4 3 2 1
 Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

41. Generalmente decimos que alguien es un buen profesional cuando hace bien su trabajo. Respecto a la atención que recibió, ¿cómo valora usted la **profesionalidad** del personal que trabaja en su centro de salud o consultorio? (por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal, en la línea que le corresponde)

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
	5	4	3	2	1
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras/os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. ¿Cómo calificaría el **trato humano** que recibe de parte del personal de su centro de salud o consultorio? (por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal, en la línea que corresponde)

	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
	5	4	3	2	1
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras/os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. En una puntuación de 0 a 10, ¿Cómo calificaría globalmente su **satisfacción** con el centro de salud o consultorio? *(señale el número que corresponde a la calificación que usted pondría, recuerde que cuanto mayor sea el número que marque, eso indicará mayor satisfacción)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Muy
insatisfactoria

Muy
satisfactoria

44. Según su experiencia, si tuviera usted que elegir **una sola cosa** que se debiera mejorar en el centro de salud o consultorio ¿qué elegiría?:

.....

.....

.....

APARTADO 7: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En este apartado le pedimos algunos datos personales necesarios para clasificar las respuestas de este cuestionario

(Señale así la respuesta adecuada)

45. Fecha de nacimiento (sólo escriba el año): 19 __ _

46. Sexo:

- 1 Hombre 2 Mujer

47. Díganos por favor, cuál es su nivel de estudios:

- 1 Sin estudios
- 2 Estudios Primarios o cinco cursos aprobados de E.G.B. o equivalente
- 3 Bachiller Elemental (General, Laboral o Técnico), Graduado Escolar, EGB completa o equivalente), ESO.
- 4 Formación Profesional de Primer Grado o de Segundo Grado
- 5 Bachiller Superior, Bachillerato, BUP
- 6 Diplomado de Escuelas Universitarias, Arquitecto o Ingeniero Técnico
- 7 Licenciado Universitario, Arquitecto o Ingeniero Superior o Titulaciones de Estudios Superiores no Universitarios
- 8 Otros: (especificar):

48. Por favor, díganos **aproximadamente** cuánto tiempo lleva con su **médico de familia**

.....
.....

APARTADO 8: CONSIDERACIONES FINALES

49. En los **últimos 12 meses**, usted diría que su **estado de salud** ha sido:

5 4 3 2 1
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

50. Si tuviera que volver de nuevo y pudiera elegir ¿volvería a este centro de salud?

1 Sí 2 No 3 No estoy seguro

51. ¿Le recomendaría este centro de salud a sus amigos y familiares?

1 Sí 2 No

52. Finalmente, si en este cuestionario **no le hemos preguntado** por algún aspecto de la atención realizada en el centro de salud o consultorio, que usted considere de importancia, utilice este espacio para exponer su opinión:

Muchas gracias por su colaboración.

Nos está ayudando a mejorar.

RESPUESTA

F.D. Autorizado: 30-05-02
Jefatura Provincial de Murcia



A FRANQUEAR
EN DESTINO
NO
NECESITA
SELLO

Programa EMCA

Apartado F.D. n.º 151
30080 MURCIA

