



Región de Murcia

Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación



***INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA
RECIBIDA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN***

EMCA
Gestión de la Calidad Asistencial

Ayúdenos a mejorar

Nos hace falta conocer su punto de vista sobre la atención que le hemos dado en nuestro hospital. Por ello le agradeceríamos que contestara a las preguntas que contiene este cuestionario.

El fin no es otro que saber, con su ayuda, en qué debemos mejorar la calidad de la asistencia que prestamos.

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 contestado, cerrar el cuadernillo utilizando la solapa, e introducirlo en el buzón de correo más cercano. Su información será tratada con estricta confidencialidad.

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

Ayúdenos a mejorar

APARTADO 1: INGRESO



Este apartado se refiere a las situaciones que se presentaron a su llegada, en su **último ingreso** en este hospital.

(Señale así las respuestas adecuadas)

1. Con motivo de su ingreso, ¿recibieron usted o sus acompañantes información de las normas de funcionamiento general del hospital?

- 1 Sí 2 No

2. ¿Se realizó su ingreso por urgencias?

- 1 Sí  (Continúe en la pregunta 3)
2 No  (Continúe en la pregunta 12)



3. En general ¿cree usted que en urgencias le atendieron con la suficiente rapidez?

- 10 Sí 20 No En este caso díganos, por favor, qué ocurrió
(puede señalar más de una respuesta)
- 21 Pasó mucho tiempo desde que llegué hasta que me vio un médico
- 22 Pasó mucho tiempo desde que me vieron hasta que me hicieron las pruebas (análisis, radiografías, etc.)
- 23 Pasó mucho tiempo desde que me hicieron las pruebas hasta que me dijeron que tenía que ingresar
- 24 Pasó mucho tiempo desde que me dijeron que tenía que ingresar hasta que me llevaron a la planta
- 25 Otros motivos me hicieron esperar demasiado (por favor, especifique)
-

4. Cuando llegó a urgencias, ¿cree usted que le atendieron con los medios que necesitaba?

1 Sí 2 No

5. ¿Le explicaron en urgencias lo que le estaban haciendo?

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

6. Durante el tiempo que permaneció en urgencias, el trato que recibió por parte del personal del hospital ¿le ayudó a sentirse más tranquilo/a y calmado/a?

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

7. Cuando tuvo que quitarse la ropa para reconocimiento. ¿Cree que le trataron con delicadeza?

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

8. Mientras usted permaneció en el área de urgencias ¿fueron tratados con amabilidad sus acompañantes por el personal del hospital?

5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 6 No tuve ningún acompañante

9. Mientras permaneció en urgencias ¿cree que sus acompañantes tuvieron información suficiente de cómo le iban a usted las cosas?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca | No tuve ningún acompañante |

10. Díganos, por favor, si tuvo algunas de las siguientes impresiones sobre las instalaciones del área de urgencias del hospital (puede señalar más de una respuesta):

- 1 Todo estaba en buenas condiciones
- 2 Aquello tenía un aspecto lúgubre (sombrio, triste)
- 3 Había mucho ruido de gente hablando
- 4 Estaba sucio
- 5 Pasé frío
- 6 Pasé calor
- 7 Tenía un aspecto destartalado
- 8 Era un sitio muy pequeño para la cantidad de personas que había
- 9 Los aseos estaban sucios o estropeados
- 10 Noté otras cosas que me parecieron mal (especifique, por favor):

.....

.....

.....

.....

11. Cuándo le comunicaron que iba a ingresar ¿le informaron con claridad del motivo de su ingreso?

- 1 Sí 2 No

APARTADO 3: ESTANCIA EN PLANTA

Este apartado se refiere a la estancia en planta, en **su último ingreso** en este hospital.

(Señale así las respuestas adecuadas)



12. Durante su estancia en el hospital ¿pudo usted saber con facilidad si quienes le atendieron eran médicos, celadores, personal de enfermería o de cualquier otro tipo?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |

13. ¿El personal que le atendió se presentaba a usted diciéndole quiénes eran?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |

14. Con respecto al trato recibido durante su estancia en el hospital señale, por favor, qué ocurrió en su caso

- 1 No tuve problemas con el trato recibido
- 2 Tuve problemas con el trato recibido pero preferí no decirlo
- 3 Tuve problemas con el trato recibido y se lo dije al personal del hospital
- 4 Tuve problemas con el trato y puse una queja por escrito

15. ¿Recibió ayuda para poder realizar su higiene personal cuando la necesitó?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca | No necesité ayuda para mi higiene personal |

16. Habitualmente se comparte habitación con otras personas. Señale, por favor, si ocurrió en su caso alguna de las situaciones que se mencionan a continuación

- 10 No compartí habitación con nadie
- 20 No tuve ningún problema con la persona o personas con las que compartí habitación

30 Tuve problemas por compartir habitación. En este caso díganos, por favor, por qué razón (puede señalar más de una respuesta):

- 31 Éramos de edades muy diferentes
- 32 La otra persona estaba más grave que yo
- 33 La otra persona estaba menos grave que yo
- 34 Otras razones (por favor, especifique):

.....
.....

17. Las visitas en la habitación a veces se necesitan y otras veces resultan molestas. En su caso, ¿hubo algún momento en que le resultaran molestas las visitas? (puede señalar más de una respuesta)

- 2 No
- 1 Sí, porque había mucha gente
- 3 Sí, porque por mi estado de salud no estaba para visitas
- 4 Sí, por otras razones (por favor, especifique):

.....
.....

18. ¿Le tuvo que ayudar en algún momento otro paciente o acompañante por no acudir o no estar disponible el personal del hospital?

- 2 No
- 1 Sí

19. ¿Encontró usted alguno de estos problemas en la comida que le dieron durante su estancia en el hospital? (puede señalar más de una respuesta):

- 1 Poca cantidad de comida
- 2 Poca variedad
- 3 Poco sabrosa
- 4 No adecuada a mi enfermedad
- 5 Mal cocinada
- 6 Demasiado fría
- 7 Horario inadecuado
- 8 Aunque se puede escoger, traen platos que no se han pedido
- 9 Otro tipo de problemas (por favor, especifique cuál):

.....

Si no encontró ningún problema con la comida, ponga la señal aquí 10

20. Respecto a toallas y lencería ¿le faltó en algún momento algo que necesitaba?

- 2 No
- 1 Sí

21. Díganos, por favor, si encontró en malas condiciones algunas de las cosas que se enumeran a continuación (puede señalar más de una respuesta)

- 1 Colchón
- 2 Cama
- 3 Baño
- 4 Pintura de las paredes
- 5 Limpieza de habitación
- 6 Sillones para acompañantes
- 7 Otras cosas (por favor, especifique):

.....

Si lo encontró todo en buenas condiciones, ponga la señal aquí 8

22. Durante su estancia en el hospital, ¿sintió usted que el **trato** que recibía era **peor** que el de otros pacientes por alguno de los motivos siguientes? (puede señalar más de una respuesta)

- 2 No sentí que me trataran peor que a los demás pacientes
- 1 Sí, por mi edad
- 3 Sí, por mi nivel social o económico
- 4 Sí, por el tipo de enfermedad que padecía
- 5 Sí, por mi nacionalidad
- 6 Sí, por mi raza
- 7 Sí, por otros motivos (por favor, especifique):
-
-

23. Durante su estancia en la planta ¿le explicaban con claridad cómo evolucionaba su estado de salud?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |

24. En relación a sus cuidados y tratamiento ¿cree usted que su opinión se tuvo en cuenta lo suficiente?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |

25. ¿Durante su estancia en el hospital pudo comentar con el médico aquellos aspectos de su enfermedad que le preocupaban?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |

26. Durante su estancia en el hospital ¿cree usted que se produjo algún tipo de **fallo** en su tratamiento, pruebas o cuidados?

2 No 1 Sí

¿Cuál?

.....

.....

.....

27. Cuando realizó alguna pregunta a los médicos ¿obtuvo respuestas fáciles de entender?

5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	No realicé ninguna pregunta

28. Cuando realizó alguna pregunta al personal de enfermería ¿obtuvo respuestas fáciles de entender?

5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	No realicé ninguna pregunta

29. ¿Cree usted que sus acompañantes tuvieron información suficiente de cómo le iban a usted las cosas?

5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	No tuve ningún acompañante

30. ¿Ha recibido alguna vez usted o sus acompañantes información diferente o contradictoria por parte del personal que le atendió?

2 No 1 Sí

31. ¿Hizo el personal del hospital algún tipo de comentario inapropiado sobre otro paciente estando usted presente?

2 No 1 Sí

32. ¿El personal del hospital discutió sobre su enfermedad delante de usted, como si usted no estuviera presente?

2 No 1 Sí

33. En el momento de reconocerle, asearle o curarle ¿sintió que se respetaba su intimidad?

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

¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

34. Cuando se sentía con ansiedad o con ánimo decaído, ¿su médico o el personal de enfermería le tranquilizaba?

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

35. Cuando usted llamó para que viniera el personal del hospital a atender sus necesidades, ¿vinieron con suficiente rapidez?

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

36. Durante su estancia en el hospital ¿tuvo sensación de que interrumpieran su descanso por la mañana demasiado pronto?

- 2 No
1 Sí, sin que se viera justificación
3 Sí, aunque justificado por la atención que tenía que recibir

37. Las duchas y el aseo pueden ser una parte importante para una estancia en buenas condiciones en el hospital. ¿Tuvo **usted** algún problema en el uso de la ducha y el aseo? (puede señalar más de una respuesta)

- 1 Sí, porque usar la ducha era peligroso, si no te podías valer bien
3 Sí, por tener que compartirlos con otros pacientes
4 Sí, porque los aseos los utilizaban también las visitas
5 Sí, porque la limpieza no era buena
6 Otro tipo de problemas (por favor, especifíquela):
.....
2 No tuve ningún problema en el uso de la ducha y el aseo

38. ¿Ha presenciado usted en el hospital alguna de las siguientes situaciones con relación al tabaco? (puede señalar más de una respuesta)

- 1 Familiares, pacientes o acompañantes han fumado en la habitación
2 Familiares, pacientes o acompañantes han fumado en los pasillos, escaleras o salas de espera
3 Personal sanitario ha fumado delante de la gente
4 No he visto fumar a nadie

39. ¿El personal de limpieza realizaba su trabajo intentando no molestar?

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

40. Durante el tiempo que estuvo ingresado ¿cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle a usted el dolor?

- 5 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca 6 No fue necesario porque no tenía dolor

41. Los momentos de cambios de turno de personal se notan a veces en la atención que reciben los pacientes. En su experiencia en el hospital ¿le afectaron los cambios de turno en la atención que recibió? (puede señalar más de una respuesta)

- 2 No tuve problemas con los cambios de turno
1 Sí, el cambio de turno retrasó mi ingreso
3 Sí, el cambio de turno interrumpía mi descanso
4 Sí, se retrasaron hasta que entró el nuevo turno algunas cosas que tenían que hacerme
5 Sí, al darme de alta
6 Sí, por cualquier otra razón (por favor, especifíquela):

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

42. En algunos hospitales los días festivos (incluyendo fines de semana) no se pasa visita en las plantas como los demás días. Díganos cuál de las siguientes situaciones se dio en su caso

- 1 No estuve en el hospital ningún día festivo
- 2 Sentí que la atención no era buena en los días festivos
- 3 No tuve la sensación de falta de atención en los días festivos

43. ¿Le atendía el mismo médico durante su estancia en la planta?

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

¿Le pareció bien que fuese así?

- 1 Sí
- 2 No

44. En algunos hospitales hacen prácticas los estudiantes, bajo supervisión de un profesional. Díganos, por favor, qué ocurrió en su caso

- 10 Creo que no me vio ningún estudiante
- 20 Me vio algún estudiante sin ningún problema
- 30 Me vio algún estudiante y me resultó molesto. → En este caso díganos cuál de las siguientes cosas le molestó:

- 31 Eran muchos
- 32 Me hicieron lo mismo varias veces
- 33 No estaban adecuadamente supervisados
- 34 No me pidieron permiso
- 35 Otras (por favor, especifique):
-
-

45. Durante su estancia en el hospital ¿tuvo el personal que le atendió un **trato amable** con usted? (por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal en la línea que le corresponde)

	Siempre 5	Casi siempre 4	A veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
Personal médico	<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"/>
Auxiliares de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APARTADO 3: ALTA

Este apartado se refiere al día que le dieron el alta, **en su último ingreso**, en este hospital.

(Señale así las respuestas adecuadas)

46. ¿Le explicaron antes de irse de alta el tratamiento y los cuidados que usted debía seguir en su casa?

- 1 Sí, con toda claridad
3 Sí, pero no estuvo del todo claro
2 No me explicaron nada

47. ¿Tuvo oportunidad de consultar al médico las dudas que tenía acerca de su informe del alta hospitalaria?

- 1 Sí 2 No 3 No me dieron informe de alta

48. En el momento en que sabía que le iban a dar el alta hospitalaria ¿dispuso del tiempo suficiente para prepararse y avisar a sus acompañantes antes de tener que dejar la habitación?

- 1 Sí 2 No

49. Con respecto al tiempo que estuvo en el hospital díganos qué ocurrió en su caso

- 1 Creo que estuve el tiempo necesario
2 Creo que me dieron el alta muy pronto
3 Pienso que estuve en el hospital más tiempo del necesario

Si cree usted que estuvo menos o más tiempo del necesario, ¿por qué piensa que fue así?

.....

APARTADO 4: VALORACIÓN GLOBAL

Este apartado se le pide que valore algunos aspectos generales del hospital y de la atención que recibió en él.

(Señale así las respuestas adecuadas)

50. ¿Cómo describiría usted en general la **calidad** de la atención que recibió en el hospital?

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

51. 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 le atendió? (Por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal en la línea que le corresponde)

	Muy Buena 5	Buena 4	Regular 3	Mala 2	Muy mala 1
Personal médico	<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"/>
Auxiliares de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. En una **puntuación de 0 a 10**, ¿Cómo calificaría globalmente su **satisfacción** con el hospital en su último ingreso? (señale el número que corresponda la calificación que usted pondría)

<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

53. Según su experiencia, si tuviera usted que elegir **una sola cosa** que el hospital debiera mejorar ¿qué elegiría?:

.....

.....

.....

APARTADO 5: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

(Señale así las respuestas adecuadas)

54. Fecha de nacimiento (año): 19 __ _

55. Sexo

- 1 Hombre 2 Mujer

56. 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):

.....

APARTADO 6: CONSIDERACIONES FINALES

(Señale así las respuestas adecuadas)

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

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy malo |

58. ¿Ha estado ingresado con anterioridad en este mismo hospital?

2 No

1 Sí → En este caso, ¿cuántas veces en los últimos 5 años?

.....

¿En qué **año** fue el ingreso anterior a éste?

.....

59. Si tuviera que volver de nuevo y pudiera elegir ¿volvería a este hospital?

1 Sí 2 No 3 No estoy seguro

60. ¿Le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

1 Sí 2 No

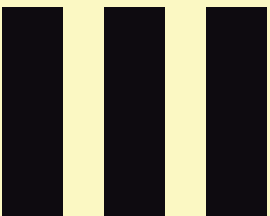
61. Finalmente, si en este cuestionario **no le hemos preguntado** por algún aspecto de la atención realizada en el hospital, que usted considere de importancia, utilice este espacio para exponerlo:

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

