



**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: DILATACIÓN Y PARTO

Este apartado se refiere a las situaciones que se presentaron en dilatación y paritorio en su **último parto** en este hospital.


(Señale así  las respuestas adecuadas)

1. Díganos, por favor, si su parto fue con cesárea

- 1  Sí    2  No

2. Durante el tiempo que permaneció en la sala de dilatación, ¿le permitieron tener un acompañante?

- 1  Sí    2  No

- 3  No estuve en la sala de dilatación.  En este caso, pase a la pregunta n.º 6

3. Díganos por favor, si tuvo algunas de las siguientes impresiones sobre las instalaciones de la sala de dilatación 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 destartado  
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):

.....

4. 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

5. El personal que le atendió durante el proceso de dilatación ¿le ayudó cuando lo necesitaba?

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



6. ¿Le preguntaron si quería que le pusieran la epidural?

- 1  Sí, y no la acepté  
2  Sí, y me la pusieron  
3  Sí, pero no dió tiempo a ponérmela  
4  No, y no me importó  
5  No, y me hubiera gustado que me la pusieran

7. En el paritorio, después del parto ¿le explicaron con claridad cómo estaba su hijo?

- 1  Sí      2  No

8. ¿Cree usted que las medidas de seguridad para la identificación de los recién nacidos son suficientes?

- 1  Sí      2  No

**9.** ¿Cree usted que tardaron mucho tiempo en comunicarle a sus acompañantes que usted ya había dado a luz?

2  No    1  Sí    3  No tuve acompañantes

**9.1.** ¿Cuánto tiempo tardaron en decírselo a sus acompañantes?

- 1  Menos de 15 minutos
- 2  De 15 a 30 minutos
- 3  De 30 minutos a una hora
- 4  Más de una hora

## APARTADO 2: ESTANCIA EN LA PLANTA

Este apartado se refiere a su estancia en planta con motivo de su **último parto** en este hospital.

(Señale así  las respuestas adecuadas)

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

1  Sí    2  No

11. Al llegar a planta ¿le explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo?

1  Sí    2  No

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

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

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

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

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

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

- 2  No    1  Sí

**16.** ¿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  Mal cocinada
- 5  Demasiado fría
- 6  Horario inadecuado
- 7  Aunque se puede escoger, traen platos que no se han pedido
- 8  Otro tipo de problemas (por favor, especifique cuál): .....

.....

Si no encontró ningún problema con la comida, ponga la señal aquí 9



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

5

Siempre

4

Casi  
siempre

3

A veces

2

Casi  
nunca

1

Nunca

6

No necesité  
ayuda para  
mi higiene  
personal

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

2

No

1

Sí

**19.** 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

**20.** ¿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

**21.** 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)

- 1  No
- 2  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): .....
- .....

**22.** 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

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

- 1  No    2  Sí    ¿Cuál? .....
- .....

**23.** 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 compartir los aseos con otras 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, especifique): .....
- .....
- 2  No tuve ningún problema en el uso de la ducha y el aseo

**24.** ¿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

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

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

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

**27.** Durante el tiempo que estuvo en el hospital ¿cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle a usted el dolor?

- |                            |                            |                            |                            |                            |  |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 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 fue necesario porque no tenía dolor |

**28.** Los momentos de cambios de turno de personal se notan a veces en la atención que reciben los pacientes. En su experiencia con 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): .....

.....

.....

.....

**29.** 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

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

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

**31.** 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 |

**32.** 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 |

**33.** ¿Hizo el personal del hospital algún tipo de comentario inapropiado sobre otra paciente estando usted presente?

- 2  No    1  Sí

**34.** En el momento de reconocerla, asearla o curarla ¿sintió que se respetaba su intimidad?

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

¿Por qué? .....

.....

.....

35. 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): .....

.....

.....

36. 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 mi nacionalidad
  - 5  Sí, por mi raza
  - 6  Sí, por otros motivos (por favor, especifique): .....
- .....
- .....
- .....

**37.** 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"/>
Matrón/Matrona	<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)

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

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

**38.1.** ¿Y los cuidados que debía recibir **su hijo**?

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

**39.** 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

**40.** 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, díganos por qué piensa que fue así: .....

.....



## APARTADO 4: VALORACIÓN GENERAL

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)

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

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

42. 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"/>
Matrón/Matrona	<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"/>

43. 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

44. 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)

45. Fecha de nacimiento (año): 19 \_\_ \_

### 46. 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)

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

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

48. ¿Ha dado a luz 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?

.....

49. Si tuviera que ingresar de nuevo y pudiera elegir ¿volvería a este hospital?

1  Sí

2  No

3  No estoy segura

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

1  Sí

2  No

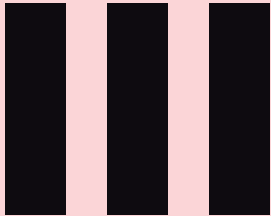
**51.** Finalmente, si en este cuestionario **no le hemos preguntado** por algún aspecto de la atención realizada en el hospital, que usted considere de importancia, utilice este espacio para exponerlo:

*Muchas gracias por su colaboración.*

*Nos está ayudando a mejorar.*

RESPUESTA

FD. 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

