

**INFORMACION SOBRE LA ASISTENCIA
RECIBIDA EN SU CENTRO DE SALUD
AYÚDENOS A MEJORAR**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

U.D. DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y
Política Social
Dirección General de Salud

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 por favor, en la asistencia que **usted** ha recibido y no en la que pudo 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, o en el que está instalado a estos efectos en la zona de recepción.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION
SU INFORMACION NOS VA A SER DE GRAN UTILIDAD**

“AYÚDENOS A MEJORAR”

APARTADO I. ACCESO A LA CONSULTA DE SU CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO

Este apartado se refiere a las situaciones que se presentan para la obtención de cita para consulta y a su llegada al centro de salud o al consultorio.

Señale así la respuesta adecuada.

1. ¿ Qué ocurrió **la última vez que llamó** al centro de salud para pedir cita ?

- 1 Conseguí cita por teléfono sin dificultad
- 2 El teléfono comunicaba constantemente
- 3 El teléfono sonó y nadie lo cogió
- 4 Otro tipo de problema, por favor díganos ¿ cuál ? _____

- 5 Nunca he llamado para pedir cita

2. Díganos por favor **su impresión sobre las instalaciones** del centro de salud (*puede señalar más de una respuesta*)

- 1 Tiene poca luz
- 2 Hay mucho ruido
- 3 Está sucio
- 4 Hace mucho frío o calor
- 5 El ascensor está averiado con frecuencia
- 6 Los muebles tienen un aspecto destartado
- 7 Es un sitio muy pequeño
- 8 Los aseos están sucios o estropeados
- 9 Faltan carteles o señalizadores
- 10 Existen otras cosas que están mal (diga cuales por favor) _____

- 11 Todo está en buenas condiciones

APARTADO II. TIEMPOS DE ESPERA

Esta sección se relaciona con los tiempos de espera para las consultas del centro de salud o consultorio.

(Señale así la respuesta adecuada)

3. ¿ Le atienden a usted normalmente a la hora a la que tiene cita para consulta médica?

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

4. ¿ Cuánto tiempo espera normalmente para entrar a la consulta de su médico de cabecera?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muchísimo | Mucho | Regular | Poco | Muy poco |

5. ¿ La enfermera o practicante le atiende habitualmente a la hora a la que tiene cita ?

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

6. ¿ Cuánto tiempo tiene que esperar normalmente para entrar a la consulta con la enfermera o practicante ?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Muchísimo | Mucho | Regular | Poco | Muy poco |

7. En caso de que usted haya necesitado **análisis, radiografías u otras pruebas** ¿cuanto tiempo tuvo que esperar para que le dieran 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
	5	4	3	2	1
• Análisis	<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"/>
• Otras pruebas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿ En alguna ocasión ha tenido la necesidad de hacerse **pruebas o análisis** (por ejemplo pruebas de sangre, orina, radiografías, etcétera) **en centros privados**, por haber una espera excesiva en el seguro ?

- 2 **Sí**
- 1 **No**
- 3 **Nunca he necesitado pruebas o análisis**

APARTADO III. CONSULTA MEDICA

Esta sección hace mención a aquellas situaciones que se presentan durante la consulta con el médico de cabecera de su centro de salud o consultorio.

(Señale así la respuesta adecuada)

9. ¿ Cree que su médico de cabecera **le dedica el tiempo** que usted necesita ?

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

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

- 1 Sí 2 No

11. ¿ Durante la última visita a su médico de cabecera, cree usted que hubo muchas **interrupciones** (visitas, llamadas de teléfono, etcétera) mientras le estaban atendiendo ?

- 2 Sí 1 No

12. ¿ Cuando le atiende su médico, tiene usted **confianza** en que él (o ella) **sabe** lo que tiene que hacerle?

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

13. ¿ 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

14. ¿ Cree usted que su médico de cabecera le ha **recetado** medicinas **sin mirarle**?

5
Siempre

4
Casi siempre

3
A veces

2
Casi nunca

1
Nunca

15. ¿ Cree que su médico de cabecera debería tener en cuenta el **precio de los medicamentos** que le receta?

1 Sí 2 No

16. En algunas ocasiones para estudiar sus enfermedades, es necesario pedirle algunos análisis, radiografías u otras pruebas ¿ cómo calificaría la **forma de actuar** de su médico de cabecera en relación a este tema ?

- 1 Me los manda siempre que son necesarios
 2 Aunque me hagan falta, no me los solicita
 3 Solo si se los pido, me los manda
 4 No he necesitado análisis, radiografías u otras pruebas

17. ¿ Le parece a usted que su médico de cabecera **conoce sus enfermedades y problemas de salud** ?

- 1 Sí
 2 No

¿ Porqué cree usted que NO los conoce ? _____

18. En algunas ocasiones, para estudiar sus enfermedades, es necesario **consultar con un médico especialista**, ¿ cómo calificaría la forma de actuar de su médico de cabecera a este respecto ?

- 1 El médico de cabecera me manda al especialista siempre que es necesario
2 Aunque me haga falta, no me envía al especialista
3 Sólo si se lo pido, me manda al especialista
4 No he necesitado consultar al especialista

19. ¿ Ha tenido **dificultades** para ser atendido por el **especialista** ?

- 2 Sí
1 No

En caso afirmativo, diga por favor, ¿ qué tipo de dificultades ? _____

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

- 2 Sí 1 No

APARTADO IV. ATENCION URGENTE

En esta sección se hace mención a aquellas situaciones que pueden haberle ocurrido con motivo de una consulta urgente.


(Señale así la respuesta adecuada)

21. ¿Ha necesitado en alguna ocasión **atención urgente** durante los últimos 6 meses ?

- 1 Sí
- 2 No  (En este caso pase a la pregunta 24)

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

- 1 Al centro de salud
- 2 Al servicio de urgencias
- 3 Al hospital
- 4 Otros, por favor especifique: _____
- _____
- _____

 23. En ocasiones es necesario asistir a la consulta del médico **sin tener cita**, ya sea por motivos de urgencia o enfermedades imprevistas, ¿cómo valora usted la **organización** que tiene su centro de salud para estas situaciones ?

5
Muy buena

4
Buena

3
Regular

2
Mala

1
Muy mala

APARTADO V. ATENCION DOMICILIARIA

Este apartado hace mención a aquellas situaciones relativas a la consulta en el domicilio del paciente.

(Señale así la respuesta adecuada)

24. En algunas ocasiones la atención a las personas que enferman tiene que ser **en el domicilio**. Si esto le ha sucedido a usted, indíquenos ¿ cuál fue la respuesta de su médico de cabecera, **la última vez** que usted le llamó para que fuera a su casa?

- 1 Le avisé, pero se negó a venir a mi domicilio
- 2 Ha ido a mi casa siempre que lo he necesitado
- 3 Ha ido a mi casa, pero poniendo muchas pegas
- 4 Nunca le he pedido al médico que viniera a mi casa

25. ¿ Cómo calificaría usted la **atención domiciliaria** recibida de los **médicos**?

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

26. ¿ **Las enfermeras o practicantes** se han desplazado hasta su **domicilio** para atenderle cuando usted lo ha necesitado ?

- 1 No, se han negado a venir a mi casa
- 2 Han venido a mi casa sin problemas
- 3 Han venido a casa pero poniendo pegas
- 4 Nunca he necesitado la visita de las enfermeras o practicantes

27. ¿Cómo calificaría usted la **atención domiciliaria** recibida de **las enfermeras o practicantes** ?

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

APARTADO VI. ASUNTOS GENERALES

En esta sección se mencionan aquellos asuntos que de forma general tienen que ver con las consultas, que se llevan a cabo en el centro de salud o consultorio.

(Señale así la respuesta adecuada)

28. 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 Siempre 4 Casi siempre 3 A veces 2 Casi nunca 1 Nunca

29. ¿ Cree usted que en su centro de salud se preocupan por hacerle **revisiones y pruebas** para prevenir enfermedades ?

- 1 Sí 2 No

30. El tratamiento de problemas de salud supone generalmente tratar con distintas personas (médicos, enfermeras o practicantes, etcétera) ¿ cree usted que le dieron **información confusa o contradictoria** sobre su problema de salud ?

- 2 Sí 1 No

Si su respuesta anterior fue un **SI**, por favor explique **por qué**: _____

31. Cuando le atienden en su centro de salud, ¿ 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
 2 Sí, me tratan peor por mi religión
 3 Sí, me tratan peor por mi edad
 4 Sí, me tratan peor por mi nivel económico
 5 Sí, me tratan peor por el tipo de enfermedad que padezco
 6 Sí, me tratan peor por otros motivos (por favor diga cuáles) _____
 7 No he sentido que me traten peor que a otros

32. ¿En alguna ocasión 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
- 2 Sí, me ha sucedido en más de una ocasión
- 3 Nunca me ha sucedido

33. ¿Ha presenciado usted, en el 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
- 2 He visto fumar a pacientes o sus acompañantes
- 3 Nunca he visto fumar a nadie

34. ¿ Usted tiene que estar tomando **medicinas** durante un largo tiempo ?

- 1 Sí
- 2 No

35. ¿ Ha tenido dificultades para **obtener recetas** de medicinas que necesitaba ?

5
Siempre

4
Casi siempre

3
A veces

2
Casi nunca

1
Nunca

APARTADO VII. VALORACION GLOBAL DE LA ATENCION

En este apartado se le pide que valore de manera global algunos aspectos del centro de salud o consultorio y de la atención que recibió en él.

(Señale así la respuesta adecuada)

36. ¿ Cree usted que su centro de salud **cuenta con el personal y los medios necesarios** para atender a la población ?

- 1 Sí
2 No

37. En caso de que su respuesta a la pregunta anterior haya sido un **NO**, señale por favor **qué piensa que hace falta** en el centro de salud o el consultorio (*puede señalar más de una respuesta*)

- 1 Médicos
2 Enfermeras o practicantes
3 Personal administrativo (personas encargadas de dar cita, atender el teléfono, etc.)
4 Laboratorios
5 Poder hacerse radiografías
6 Ambulancias
7 Otros ¿cuáles? _____

38. 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 ? (*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
• Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enfermeras o practicantes	<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"/>
• Otro tipo de personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Muy bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Malo 2	Muy Malo 1
• Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enfermeras o practicantes	<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"/>
• Otro tipo de personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. 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).

0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

Muy Muy
Insatisfactoria **Satisfactoria**

41. ¿ 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**

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

APARTADO VIII: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

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

(Señale así la respuesta adecuada)

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

44. Sexo:

Hombre 2 Mujer

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

- 1 Ninguno
 - 2 Estudios Primarios (Bachiller Elemental o E.G.B.)
 - 3 Bachillerato Superior o B.U.P.
 - 4 Artes y Oficios o, Formación Profesional
 - 5 Diplomado Universitario
 - 6 Licenciado Universitario
 - 7 Doctorado o Master
 - 8 Otros (especificar) _____
-

46. ¿ En general, diría usted que su salud es.....?

5

Excelente

4

Muy buena

3

Buena

2

Regular

1

Mala

47. Algunas personas sufren problemas de salud que duran bastante tiempo. ¿Padece usted, alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación ? (*repase todas las opciones, puede contestar más de una respuesta*):

1 Artritis o artrosis

2 Enfermedad coronaria, angina de pecho o ataque al corazón (infarto)

3 Diabetes (demasiada azúcar en la sangre)

4 Hipertensión (tensión sanguínea alta)

5 Enfermedad pulmonar crónica, bronquitis crónica o, enfisema

6 No he padecido ninguno de estos problemas de salud

APARTADO IX: CONSIDERACIONES FINALES

(Señale así la respuesta adecuada)

48. Con el objeto de mejorar este cuestionario, díganos por favor, si ha tenido **dificultades para entender** algunas de sus preguntas

- 1 **No he tenido dificultades** para entender las preguntas
2 **Sí he tenido dificultades** para entender algunas preguntas

En este caso, por favor díganos cuáles, anotando aquí el número de la pregunta o preguntas, en las que tuvo dificultades:

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

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

NOS ESTÁ AYUDANDO A MEJORAR