

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO DE PRODUCTOS DE APOYO (2017)

Buenos días/tardes, mi nombre es..... y llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid. Estamos realizando un estudio de satisfacción entre los usuarios del SERVICIO DE PRODUCTOS DE APOYO (camas articuladas, grúas y colchones antiescaras).

F0. Desearía hablar con..... (mencionar nombre del contacto facilitado en la base de datos) que es la persona beneficiaria del servicio para realizarle una serie de preguntas sobre el mismo, ¿es usted?

Sí.....1 → F.5

No.....2 → F.1

No, aquí no hay nadie que se beneficie de este servicio.....**3 → FINALIZAR**

F1. ¿Podría hablar con el beneficiario del servicio (mencionar nombre de la persona de contacto facilitada)?

Sí.....1 → Esperar a que le pongan con el beneficiario, hacer de nuevo la presentación y continuar con **F5**

No.....2 → F.2

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN F.1

F2. ¿Puede decirme si reside usted con (incluir contacto facilitado en la base de datos)?

Sí.....1

No.....2

F3. ¿Usted es el cuidador principal de (incluir contacto facilitado en la base de datos)?

Sí.....1

No.....2

Si cód. 2 en F2 y cód. 2 en F3 FINALIZAR. Resto, seguir en F4

F4. ¿Y su parentesco con (incluir contacto facilitado en la base de datos) es...? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Es un cuidador profesional (contratado)	1	→ FINALIZAR
Amigo	2	
Cónyuge o pareja	3	
Hermano/a	4	
Hijo/a	5	
Nieto/a	6	
Sobrino/a	7	
Nuera/Yerno	8	
Otras (especificar).....	9	
Ns/Nc	99	

A TODOS

F5. ¿Sería tan amable de colaborar contestando a unas breves preguntas? Serán sólo unos minutos.Sí.....1 → (continuar con la entrevista). **Gracias, muy amable, comenzamos.**

No.....2 → rebatir objeciones y aclaraciones

Objeciones y Aclaraciones:**No tengo tiempo/Estoy ocupado:**

- Sr. X le entiendo perfectamente, no obstante se trata de un breve cuestionario.
- ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con usted? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces.

¿Me compromete a algo?:

- No, por supuesto, se trata de un cuestionario confidencial. Sus respuestas serán tratadas de forma global y con fines a mejorar el servicio prestado por el Ayuntamiento de Madrid.
- Persiste en no colaborar.....3 → Cierre del registro: despedir y agradecer.

ENTREVISTADOR: CODIFICAR EN LA SIGUIENTE TABLA, SEGÚN BASE DE DATOS, LOS PRODUCTOS DE APOYO QUE DISPONE EL USUARIO A ENTREVISTAR. RESPUESTA MÚLTIPLE.

Cama articulada	1
Colchón anti escaras	2
Grúa de traslado	3

A TODOS

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa**P.2.- ¿Cómo conoció el Servicio de Productos de Apoyo?**

RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE

Centros Municipales de Servicios Sociales	1
Centro de Día	2
Servicios de Teleasistencia	3
Servicio de Ayuda a Domicilio	4
010	5
Centro de salud (a través de médicos, enfermeras)	6
Familiares, amigos, vecinos, otros cuidadores	7
Centros municipales de mayores	8
Web municipal	9
Otras (especificar).....	10
Ns/Nc	99

P.3.- ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la rapidez del proceso desde que solicitó el Servicio de Productos de Apoyo hasta que le notificaron su concesión? Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa *Muy Insatisfecho* y "10" *Muy Satisfecho*

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Rapidez de adjudicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 2: Notoriedad

P.4.- En qué medida cree usted que el Servicio de Productos de Apoyo cumple los siguientes objetivos. Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa *Incumple totalmente* y "10" *Cumple totalmente*

	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/Nc
1. Facilitar la permanencia en el domicilio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2. Prevenir problemas de salud derivados de la inmovilización	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3. Facilitar la autonomía funcional en las actividades básicas de la vida diaria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4. Facilitar las tareas de cuidados personales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5. Mejorar la calidad de vida del cuidador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.5.- ¿Qué entidad cree usted que gestiona el servicio de Servicio de Productos de Apoyo?

RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

Ayuntamiento de Madrid	1
Comunidad de Madrid	2
La entidad que lo presta (UTE Vía Libre-Gesinde)	3
Otra entidad: ¿Cuál? _____	8
Ns/Nc	9

BLOQUE 3: Indicadores de impacto de calidad de vida del usuario

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN F.O. (TITULARES DEL SERVICIO)

P.6.a.- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana recibir el Servicio de Productos de Apoyo. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es "Totalmente en desacuerdo" y 10 "Totalmente de acuerdo".

Desde que recibe el Servicio de Productos de Apoyo...

	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/Nc
1 Ha mejorado en su autonomía	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2 Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3 Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4 Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5 Se siente usted más seguro gracias a la atención que se le presta con este servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6 Se encuentra usted más satisfecho con su vida desde que tiene este servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7 Ha mejorado su relación con sus cuidadores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8 Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

9	Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10	Y GLOBALMENTE ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN F2 o F3 (CUIDADORES PRINCIPALES o CONVIVIENTES)

P.6.b.- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana recibir el apoyo de este servicio. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es "Totalmente en desacuerdo" y 10 "Totalmente de acuerdo".

El apoyo de este servicio (Servicios de Apoyo) en el cuidado de "su familiar/nombre usuario/..." le ha supuesto que...

		Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/ Nc
1	Dedica más tiempo para usted mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3	Ha mejorado su salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4	Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5	Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6	Se siente usted más seguro gracias a que el Ayuntamiento supervise el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7	Ha mejorado la calidad de los cuidados que presta a su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8	Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9	Ha supuesto un beneficio para su familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10	Y GLOBALMENTE ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS
BLOQUE 4: Características técnicas de los productos de apoyo

P.7.- Por favor, indique su grado de satisfacción respecto a las siguientes características del Producto de Apoyo que dispone en su domicilio. Para ello, utilice una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

		Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
1	Calidad del producto en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Estado de conservación (pintura, cableado,...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3	Imagen de producto moderno y actual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4	Funciones y prestaciones que ofrece la ayuda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5	Estabilidad y seguridad del producto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
6	Ligereza en su movilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7	Facilidad de uso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8	Facilidad de limpieza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.8.- ¿Considera que el Producto de Apoyo que dispone en su domicilio le aporta lo que usted necesita de una ayuda de este tipo? Por favor, continúe valorando a partir de una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Adecuación a sus necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.9 FILTRAR SEGÚN FECHA DE ALTA QUE CONSTE EN BASE DE DATOS

Años _____ Meses _____

1. Altas desde marzo de 2017 (seis meses).....Pasará a la P.10
2. Altas de septiembre 2016 a marzo 2017 (un año).....Pasará a la P.10
3. Altas en o anteriores a septiembre de 2016 (más de un año).....Pasará a la P.16

BLOQUE 5: InstalaciónSOLO SI CÓDIGO 1 O 2 EN P.9

P.10.- Por favor, indique su grado de satisfacción respecto al estado de limpieza del producto en el momento que se lo instalaron en su domicilio. Para ello, utilice una escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Estado de limpieza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.11.- ¿El técnico que realizó la instalación tuvo necesidad de adecuar el sistema eléctrico de su domicilio (enchufe, cableado o transformador) a las necesidades del producto de apoyo?

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Si, adecuó el sistema eléctrico	1
No tuvo necesidad de adecuar el sistema eléctrico porque era apropiado a la instalación	2
No realizó la adecuación del sistema eléctrico, tuvimos que hacerlo nosotros (Especificar observaciones:.....)	3
Ns/Nc	4

P.12- Continuando con la misma escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho, ¿cómo valora el proceso de instalación?

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Inmediatez de la instalación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Proceso de instalación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Examen de las necesidades del usuario por parte del terapeuta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Examen del usuario por parte del terapeuta para conocer su grado de dependencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Profesionalidad de los operarios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.13.- A continuación le voy a nombrar una serie de aspectos relacionados con la **información facilitada durante el proceso de instalación del/los producto/s de apoyo**. Continuando con el uso de una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho, ¿cómo valora....

		Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
1	Información sobre el funcionamiento del producto (claridad, cantidad y suficiencia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Información sobre el funcionamiento del servicio (claridad, cantidad y suficiencia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3	Demostración de su uso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 6: Seguimiento de los usuarios

SOLO SI CÓDIGO 3 EN P.9

P.14.- ¿Le visitan anualmente para evidenciar en su domicilio el buen funcionamiento del servicio? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí, me ha visitado todos los años desde que recibo el servicio	1
No, sólo me ha visitado algunos años	2
No, nunca	3
Ns/Nc/No procede (alta reciente)	9

SOLO SI CÓDIGO 1 Y 2 EN P.16

P.15- En general y en una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho, **¿qué opinión le merece el seguimiento que se realiza del servicio del...**

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Examen (del terapeuta) del estado del usuario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Examen (del terapeuta) del estado de los productos de apoyo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Examen (del terapeuta) de la adecuación para el usuario de los productos de apoyo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Valoración global del seguimiento anual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 7: Línea 900

P.16- ¿Conoce la existencia de un número de teléfono 900 de carácter gratuito al cuál puede dirigirse para comunicarse con la empresa que gestiona el Servicio de Apoyo prestado?

Sí	1
No	2

P.17- Por favor, indique su grado de satisfacción con el servicio prestado a través de la línea 900.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
Servicio prestado a través de la línea 900	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 8: Servicio de Averías

P.18- ¿En el tiempo que ha transcurrido desde que tiene el producto (cama/grúa) ha tenido que llamar al servicio de averías?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

SÓLO SÍ CÓDIGO 1 EN P.23

P.19 ¿En cuántas ocasiones?

P.20 ¿Puede decirme sí su avería/s se resolvió en el día?

Sí, siempre	1
Algunas veces	2
No, nunca	3
Ns/Nc	9

SOLO SI CÓDIGO 2 o 3 EN P. 25

P.21 ¿Cuántas tiempo se quedó sin el producto?

Días _____
Horas _____

P. 22 Por favor, valore los siguientes aspectos relativos al servicio de averías. Para ello, utilice una escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
La atención prestada a través del servicio de averías	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
La resolución de la avería	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 9: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad

P.23 Por favor, valore su grado de satisfacción con los siguientes aspectos relativos a los profesionales (técnicos operarios y terapeutas ocupacionales) que intervienen en servicio de Productos de Apoyo, utilizando una escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
1 Trato y actitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2 Competencia técnica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3 Profesionalidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4 Empatía (<i>comprensión de problemas particulares</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
5 Capacidad de resolución de problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 10: Relación calidad-precio

P. 24 ¿Conoce el coste del servicio de Lavandería Domiciliaria?

Si 1
 No 2
 Ns/Nc 9

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.31

P. 25- Por favor valore la relación calidad-precio del servicio recibido, en una escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho:

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Relación calidad-precio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 11: Experiencia de los entrevistados

P.26 En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, valore su satisfacción respecto Al grado en que el servicio de lavandería está cubriendo las expectativas que motivaron su solicitud del servicio.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.27 Teniendo en cuenta todos los aspectos del servicio de lavandería de los que hemos hablado, en una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, valore su satisfacción global con este servicio.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Satisfacción global	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.28 ¿Cree usted que recibir el Servicio de Productos de Apoyo le ha permitido a usted/el titular seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.29 En su caso, ¿el apoyo del servicio prestado a través de la cama/grúa ha evitado su ingreso/el ingreso del titular en una residencia?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

BLOQUE 12: Valoración general del servicio

P.30 ¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre el Servicio de Productos de Apoyo del Ayuntamiento de Madrid?

Sí	1
No	2

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.27

P.31 ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado

A TODOS

P.32 ¿Ha interpuesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del servicio?

Sí	1	Pasar a P.41
No	2	Pasar a P.44

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P40**P.33- ¿Qué vía utilizó a la hora de interponer dicha queja?**

Telefónica.....1
Por escrito.....2
Ns/Nc.....3

P.34. Por favor, indíqueme el contenido de dichas quejas. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado y recodificar después en la tabla siguiente.

Instalación del producto	1
Servicio de averías	2
Mantenimiento del producto	3
Funcionamiento de la línea 900	4
Otras: ¿Cuáles? _____	8

P.35. Si la queja fue POR ESCRITO ¿Le han contestado?

P.36. Si llamó POR TELÉFONO, ¿le solucionaron el problema telefónicamente?

Sí.....1
No.....2

A TODOS

P.37. En general y teniendo en cuenta toda su experiencia como usuario del Servicio de Productos de Apoyo, ¿cuál es su grado de satisfacción general?

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Valoración general del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.38. ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible? LEER RESPUESTAS.

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.39. ¿Recomendaría usted este servicio? LEER RESPUESTAS.

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. LE RECUERDO QUE SI QUIERE HACER ALGUNA SUGERENCIA O RECLAMACIÓN RESPECTO AL SERVICIO QUE UTILIZAN PUEDE HACERLO LLAMANDO AL TELÉFONO 010