

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA (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 FISIOTERAPIA PREVENTIVA

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 → **FINALIZAR**

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 comprometo 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.

A TODOS

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa

P.1.- ¿Cómo conoció el Servicio de Fisioterapia Preventiva?

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.2.- ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la rapidez del proceso desde que solicitó el Servicio de Fisioterapia Preventiva 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 y cumplimiento de objetivos

P.3.- ¿Qué empresa, entidad o administración cree usted que es el titular del servicio de Fisioterapia Preventiva?
RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

Ayuntamiento de Madrid	1
Comunidad de Madrid	2
La entidad que lo presta (Eulen, Asispa, Clece, Arquisocial...)	3
Otra entidad: ¿Cuál?	8
Ns/Nc	9

P.5.- En qué medida cree usted que el servicio de Fisioterapia Preventiva 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
Proporcionar rehabilitación de carácter preventiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Mantener las capacidades físicas y la autonomía de los mayores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Aumentar las capacidades funcionales que por la edad o por distintas enfermedades están disminuidas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Facilitar y mantener las actividades de la vida cotidiana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Favorecer las relaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.6.- Y en su caso, ¿cuáles fueron los motivos que les llevaron a solicitar el servicio de Fisioterapia Preventiva? LEER
RESPUESTAS. RESPUESTA MÚLTIPLE. ROTAR CÓDIGOS PREFIJADOS.

Recibir atención rehabilitadora como consecuencia de un problema funcional	1
Prevenir la aparición de enfermedades o limitaciones físicas	2
Mejorar las capacidades físicas y autonomía disminuida con el paso del tiempo o por enfermedad	3
Facilitar la realización de las actividades de la vida cotidiana	4
Hacer ejercicio físico	5
Relacionarse con otras personas	6
Otros, especificar:	8

BLOQUE 3: Indicadores de impacto de calidad de vida del usuario o/y su familia

P.7.- Y tras recibir el servicio, ¿en qué medida usted ha visto cumplidos los siguientes objetivos? Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa que lo *Incumple totalmente* y "10" que lo *Cumple totalmente*.

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/ Nc
7.1. Ha mejorado la situación de la enfermedad o proceso por el que solicito el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.2. Ha mejorado el dolor (si lo tuviera)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.3. Ha disminuido la toma de medicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.8.- De las siguientes actividades, ¿en qué medida usted ha visto cumplidos los siguientes objetivos? Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa que lo *Incumple totalmente* y "10" que lo *Cumple totalmente*.

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Ha mejorado en las siguientes actividades:	Incumple totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cumple totalmente	Ns/ Nc
8.1. Aseo personal y vestido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.2. Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.3. Equilibrio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.4. Subir y bajar escaleras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.5. Salir a la calle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.6. Hacer la compra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.7. Cogir transporte público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.8. Ha mejorado su CAPACIDAD FUNCIONAL GENERAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.9.- A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida cotidiana recibir el servicio de Fisioterapia Preventiva. 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 Fisioterapia Preventiva...	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/ Nc
9.1 Ha mejorado en su autonomía e independencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.2 Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.3 Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.4 Se siente usted más seguro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.5 Se encuentra usted más satisfecho con su vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.6 Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.7 Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.8 Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.9 Y GLOBALMENTE ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 4: Estructura organizativa de la prestación

P.10.- Por favor, indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa del servicio de Fisioterapia Preventiva. 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
10.1	El tipo de actividades que se realizan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.2	Horario en que tiene lugar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.3	Frecuencia de las sesiones (nº de veces por semana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.4	Duración (tiempo que duran las sesiones)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.5	Número de usuarios que forman los grupos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.6	La organización y funcionamiento en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.11.- A continuación le voy a indicar una serie de aspectos relacionados con el equipamiento y las instalaciones donde recibe el servicio de Fisioterapia Preventiva. Por favor, valore cada uno de ellos utilizando una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

		Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
11.1	Confortabilidad de la sala de rehabilitación o gimnasio donde se realiza la actividad de fisioterapia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.2	Materiales y/o equipamiento para la realización de la actividad												
11.3	Orden y limpieza de la sala donde se realiza la actividad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
11.4	La proximidad del centro a su domicilio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.12.- En general y en una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho, ¿qué opinión le merece la información que ha recibido y recibe sobre el servicio?

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
Información sobre el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 5: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad

P.13. Por favor, valore su grado de satisfacción con los siguientes aspectos relativos al/los fisioterapeuta/s que le presta el servicio, 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
13.1 Trato y actitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.2 Competencia técnica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.3 Empatía (comprensión de problemas particulares)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
13.4 Capacidad de resolución de problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 6: Relación calidad-precio

P.14.- ¿Conoce el coste del servicio?

Sí	1.....pasar a P.15
No	2.....pasar a P.16

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.14

P.15.- 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 7: Experiencia de los entrevistadosA TODOS

P.16.- 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 Fisioterapia Preventiva 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.17.- Teniendo en cuenta todos los aspectos del servicio de Fisioterapia Preventiva 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.18.- ¿Cree usted que recibir el servicio de Fisioterapia Preventiva le ha permitido a seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.19.- En su caso, ¿el apoyo del servicio de Fisioterapia Preventiva ha evitado su ingreso en una residencia?

Sí	1
No	2
Ns/Nc	9

P.20.- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible?

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

P.21.- ¿Recomendaría usted este servicio?

Sí	1
No	2
NS/NC (no leer)	9

BLOQUE 8: Valoración del servicio y mejoras**P.22.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora al servicio de Fisioterapia Preventiva?**

Sí.....1→Pasar a P.22

No.....2→Pasar a P.23

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.22**P.23.- ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE.** Anotar literalmente lo que indique el entrevistadoA TODOS**P.24.- ¿Ha interpuesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del servicio?**

Sí.....1→Pasar a P.24

No.....2→Pasar a P.27

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.23**P.25.- Por favor, indíqueme el contenido de dichas quejas. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE.**

Anotar literalmente lo que indique el entrevistado _____

Y codificar en la tabla:

Instalaciones	1
Equipamiento	2
Organización y funcionamiento de la actividad	3
Relacionada con los profesionales	4
Relacionada con las actividades desarrolladas en los grupos	5
Sistema y trámite de altas y bajas	6
Otras: ¿Cuáles? _____	8

P.26.- Por favor, valore su grado de satisfacción con el proceso de interposición de quejas, su tramitación, resolución,... 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
Satisfacción con la resolución de las quejas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 9

P.27.- ¿Qué enfermedad, o secuelas de la misma, fue la causa que motivó que solicitara el servicio de Fisioterapia Preventiva? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE.

Artrosis, artritis, osteoporosis, u otros problemas musculoesqueléticos	1
Patología de columna	2
Fracturas	3
Prótesis	4
Parkinson	5
Ictus o enfermedad cerebrovascular	6
Patología cardiovascular (infarto, insuficiencia cardiaca, ...)	7
Otros, especificar:	8

BLOQUE 10: DATOS DE CLASIFICACIÓN

“Por último, le voy a hacer una serie de preguntas de clasificación que están relacionadas con su calidad de vida y son relevantes para los Servicios Sociales municipales”

X. ¿Puede decirme su edad (incluir nombre del usuario)?

ENTREVISTADOR: Especificar años cumplidos.

.....años

No contesta.....9

X.- Género del titular del servicio

Hombre	1
Mujer	2