ENCUESTA A USUARIOS DE FISIOTERAPIA PREVENTIVA Y DE MANTENIMIENTO PARA MAYORES

Buenas días/tardes. Preguntaba por……

Encantada de saludarle. Soy……., llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid.

Estamos realizando un estudio de la satisfacción entre los usuarios del servicio de Fisioterapia Preventiva, ¿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 breve y 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.*

P.1.- ¿Actualmente es usted usuario/a del servicio de Fisioterapia Preventiva del Ayuntamiento de Madrid?
RESPUESTA ESPONTÁNEA (SI ES NECESARIO LEER CÓDIGOS 2 Y 3). RESPUESTA ÚNICA

Sí	1 → P.2
No, pero soy la persona que se encarga de su cuidado	2 → P.1.a
No, aquí no hay nadie que se beneficie de ese servicio	3 → FINALIZAR
No, ya no recibo el servicio de fisioterapia preventiva	4→ FINALIZAR

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN P.1

P.1a.- ¿Qué relación tiene usted con el usuario del servicio ……?
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Es un familiar	1 → PASAR A P.1.b
Es un cuidador profesional	2
Es un amigo	3
Es un vecino	4
Otros (especificar)……	5
No contesta	9

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.1a

P.1b .- Concretamente, ¿qué parentesco tiene con el usuario del servicio ….?

Cónyuge	1
Hijo/a	2

Hermano/a 3
Nieto/a 4
Sobrino/a 5
Nuera/yerno 6
Otros (especificar)…….7
No contesta 9

A TODOS

P.2.- ¿Desde hace cuánto tiempo hace uso del servicio de Fisioterapia Preventiva?
ENTREVISTADOR: INDICAR NÚMERO APROXIMADO DE AÑOS. SI ES MENOR DE UNO, ESPECIFICAR MESES

…… años / meses
No contesta 9

P.3.- ¿Cuántos días a la semana recibe el servicio de Fisioterapia Preventiva?

Un día a la semana	1
Dos días a la semana	2
Tres días a la semana	3
Cuatro días a la semana	4
Cinco días a la semana	5
NS/NC	9

BLOQUE 1: Solicitud e ingreso en el programa

P.4.- ¿Cómo conoció el servicio de Fisioterapia Preventiva?
RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE

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

P.5.- ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la rapidez del proceso desde que solicitó el servicio de Fisioterapia Preventiva hasta que le notificaron su adjudicación de plaza? Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, 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
Rapidez de adjudicación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 2: Notoriedad

P.6.- ¿Qué entidad cree usted que gestiona el servicio de Fisioterapia Preventiva?
RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

Ayuntamiento de Madrid	1
Comunidad de Madrid	2
La entidad que lo presta (Asispa, SAR-Quavitae, Eulen…)	3
Otra entidad: ¿Cuál?	8
Ns/Nc	9

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

P.7- En su caso, ¿en qué medida el servicio de Fisioterapia Preventiva ha cumplido 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 su capacidad funcional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.2.- 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
7.3.- Ha mejorado la realización de las actividades de la vida cotidiana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4.- Ha mejorado las siguientes actividades:												
7.4a.- Bajar escaleras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4b.- Salir a la calle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4c.- Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4d.- Coger transporte público	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
7.4e.- Hacer la compra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

<u>NOTA AL ENTREVISTADOR:</u> TANTO SI ESTÁ RESPONDIENDO EL PROPIO TITULAR COMO UNA PERSONA EN SU NOMBRE (CUIDADOR O FAMILIAR), LA SIGUIENTE PREGUNTA HACE REFERENCIA AL TITULAR DEL SERVICIO.

P.8- 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".
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

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
8.1.- Ha mejorado en su autonomía e independencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.2.- Ha mejorado su estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.3.- Se siente usted más apoyado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.4.- Se siente usted más tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.5.- Se siente usted más seguro gracias al servicio de fisioterapia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

8.6.- Se encuentra usted más satisfecho con su vida desde que recibe el servicio de fisioterapia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.7.- Le ha servido para relacionarse con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.8.- Su estado de salud, en general, ha mejorado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
8.9.- Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 4: Estructura organizativa de la prestación

P.9.- 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.
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/ Nc
9.1.- La organización y funcionamiento en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.2.- Horario en que tiene lugar la prestación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.3.- Frecuencia de la prestación (nº de veces por semana)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.4.- Duración de la prestación (tiempo que duran las sesiones)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.5.- Número de usuarios que forman los grupos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
9.6.- El tipo de actividades que se realizan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.10.- A continuación le voy a indicar una serie de aspectos relacionados con el equipamiento y las instalaciones donde recibe el servicio de Fisioterapia. 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
10.1.- Equipamiento y 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
10.2. El resto de equipamiento que el centro destina a la actividad de fisioterapia, como vestuarios y aseos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.3.- Orden y limpieza de la sala donde se realiza la actividad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
10.4.- La proximidad del centro a su domicilio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

BLOQUE 5: Información y seguimiento de los usuarios

P.11- En general y en una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho, ¿qué opinión le merece la información que recibió en el momento de su incorporación al servicio?
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

	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 6: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad

P.12.- 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.
LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA

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

BLOQUE 7: Relación calidad-precio

P.13.- ¿Conoce el coste del servicio de Fisioterapia Preventiva?

Sí	1…..*pasar a P.14*
No	2…..*pasar a P.15*

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.13

P.14.- Por favor valore la relación calidad-precio del servicio recibido, en 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
Relación calidad-precio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

BLOQUE 8: Experiencia de los entrevistados

P.15.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, valore su satisfacción respecto a la cobertura de expectativas que motivaron la solicitud del servicio de Fisioterapia Preventiva. *RESPUESTA ÚNICA POR FILA.*

P.16.- Utilizando la misma escala, por favor, valore como se encuentra de satisfecho con la mejora en su calidad de vida desde que recibe el servicio de Fisioterapia. *RESPUESTA ÚNICA POR FILA.*

	Muy Insatisfecho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
P.15.- Cobertura de expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
P.16.- Mejora en la calidad de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

P.17.- ¿Cree usted que recibir el servicio de Fisioterapia le ha permitido seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

Sí	1
No	2

P.18.- En su caso, ¿sin el apoyo del Servicio de Fisioterapia habría tenido que dejar de vivir en su domicilio y buscar otras opciones (ir a vivir con los hijos, ingresar en una residencia…?

Sí	1
No	2

BLOQUE 9: Valoración general del servicio

P.19.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre el servicio de Fisioterapia Preventiva del Ayuntamiento de Madrid?
Sí……1→Pasar a P.19a
No……..2→Pasar a P.20

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.19
P.19a ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado
_____

A TODOS
P.20.- ¿Ha interpuesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del servicio?
Sí……1→Pasar a P.20a
No……..2→Pasar a P.21

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.20
P.20a.- Por favor, indíqueme el contenido de dichas quejas. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado _
_____ _____

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

P.20b.- ¿Le han contestado?
Sí……1
No……..2

P.20c.- 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

A TODOS

P.21.- En general y teniendo en cuenta toda su experiencia como usuario del servicio de Fisioterapia Preventiva, ¿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.22.- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	**1**
No	**2**
No sabe (no leer)	**8**
No contesta (no leer)	**9**

P.23.- ¿Recomendaría usted este servicio? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

Sí	**1**
No	**2**
No sabe (no leer)	**8**
No contesta (no leer)	**9**

BLOQUE 10: DATOS DE CLASIFICACIÓN

C.1.- Por último y a efectos de clasificación, le voy a nombrar una serie de actividades para que, por favor, me responda si las realiza con autonomía, si precisa ayuda para realizarlas o sino puede realizarlas ni solo ni con ayuda.

	Soy autónomo para realizar esa actividad	Preciso ayuda para realizar esa actividad	No realizo esa actividad ni sólo ni con ayuda	Ns/Nc
C.1a.- Bajar escaleras	1	2	3	9
C.1b.- Salir a la calle	1	2	3	9
C.1c.- Caminar	1	2	3	9
C.1d.- Coger transporte público	1	2	3	9
C.1e.- Hacer la compra	1	2	3	9

C.2.- ¿Podría decirme su edad? ____ Años

C.1.- Género

Hombre	1
Mujer	2

Nombre del entrevistado:_____
Teléfono:_____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!