



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL SERVICIO DE PRODUCTOS DE APOYO (2022)

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 y grúas).

**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 à F.5

No.....2 à F.1

No, aquí no hay nadie que se beneficie de este servicio.....**3 à 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	à 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
Grúa de traslado	2

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 salud (a través de médicos, enfermeras)	2
Otras (especificar).....	3
Ns/Nc	99

**P.3.- (Solo para altas del año 2022) ¿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- ¿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 (Sanivida)	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.0. (TITULARES DEL SERVICIO)

**P.5.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	En general se siente mejor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Obtiene a través de este servicio el apoyo que necesita	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3	Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4	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.5b.- 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 (Productos 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	Se siente mejor como cuidador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Obtiene a través de este servicio el apoyo que necesita	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
3	Ha supuesto un beneficio para su familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
4	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.6.- 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.

		Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/Nc
1	Calidad del producto en general	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
7	Facilidad de uso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

#### BLOQUE 5: Instalación

**P.7- Continuando con la misma escala donde “0” significa Muy insatisfecho y “10” Muy satisfecho, ¿cómo valora el proceso de instalación?**

	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	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

**P.8- 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....

		Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo	Ns/Nc
1	Información sobre el funcionamiento <b>del producto</b> (claridad, cantidad y suficiencia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Información sobre el funcionamiento <b>del servicio</b> (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

**P.9.- Por otro lado, ¿le han entregado un folleto informativo sobre el funcionamiento y características del producto?**

Sí	1
No	2
Ns/Nc	3

## Cuestionario Productos de Apoyo 2022

**P.9B.- (P9=1) Por favor, valore su grado de satisfacción con el folleto recibido** utilizando para ello una escala 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
Folleto recibido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P.10 ¿Le han facilitado un imán en el que aparece el número de teléfono y correo electrónico de la entidad?**

Sí	1
No	2
Ns/Nc	3

**P.10B.- (P10=1) Por favor, valore su grado de satisfacción con el imán recibido** utilizando para ello una escala 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
Imán recibido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

## BLOQUE 6: Servicio de Averías

**P.11- ¿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

**P.12 (P11=1) 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/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho	Ns/Nc
El tiempo transcurrido hasta conseguir contactar con el servicio de averías	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
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

## BLOQUE 7: Valoración de los profesionales que desarrollan la actividad

**P.13 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/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy Satisfecho/a	Ns/Nc
1	Trato y actitud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
2	Profesionalidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

**P. 14 Teniendo en cuenta a todas las personas que le han visitado en su domicilio con motivo de la instalación o seguimiento de su cama/grúa, ¿puede decirme si llevaban una tarjeta identificativa?**

Sí, siempre	1
Algunas veces	2
No, nunca he visto la tarjeta	3
Ns/Nc	9

## BLOQUE 8 Relación calidad-precio

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

## BLOQUE 9: Experiencia de los entrevistados

**P.16 ¿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.17- En general y teniendo en cuenta toda su experiencia el Servicio de Productos de apoyo, ¿cuál es su grado de satisfacción general?**

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



**P18. Respecto a lo que usted esperaba del servicio de Productos de apoyo, valore con una escala de 0 a 10 siendo 0 mucho peor de lo que esperaba y 10 mucho mejor de lo que esperaba.**

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

**P19- ¿Volvería a solicitar el servicio si fuese posible?**

Si	1
No	2
Ns/Nc	9

**P.20.- ¿Recomendaría usted este servicio? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA**

Si	1
No	2
Ns/Nc	9

**P.21.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora?**

Si	1
No	2
Ns/Nc	9

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.21

**P.21B. ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado**

## BLOQUE 10: Uso de otros servicios

**P.22 A continuación le voy a nombrar una serie de prestaciones para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid. Por favor, dígame cuáles de ellas recibe (usted/el titular) en la actualidad. LEER RESPUESTAS.**

	SI	NO
1. Teleasistencia	1	2
2. Servicio de Ayuda a Domicilio	1	2
3. Comida a Domicilio	1	2
4. Lavandería Domiciliaria	1	2
5. Plaza en Centro de Día (de lunes a viernes)	1	2
6. Plaza en Centro de Día los fines de semana (Respiro familiar)	1	2
7. <b>Sí estamos entrevistando al cuidador:</b> Participa, o ha participado recientemente, en el Programa Cuidar a quienes cuidan <b>Sí estamos entrevistado al titular:</b> Su familiar o cuidador principal participa, o ha participado recientemente, en el Programa Cuidar a quienes cuidan	1	2



Cuestionario Productos de Apoyo 2022

**P23.- Para efectos de Control de Calidad de la ejecución de esta encuesta, ¿puede facilitarme su nombre?**

Nombre	
--------	--

**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**