

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE MEDICINA
DEPORTIVA EN CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES**

ENERO- FEBRERO 2014

Acondicionamiento Cardiovascular, Fisioterapia y Escuela de Espalda

Estimado/a usuario/a:

Es nuestro deseo proporcionarle en los Centros Deportivos Municipales unos servicios y programas médicos de calidad y utilidad.

Por ese motivo hemos confeccionado una encuesta, en la que tratamos de conocer su opinión respecto a la atención que recibe y nos pueda hacer llegar las sugerencias que estime oportunas para mejorar la calidad de la oferta de dichos programas y servicios.

Conocer su opinión es vital para que la atención del Ayuntamiento de Madrid a sus ciudadanos/as pueda mejorar.

Este estudio es anónimo, por lo que no se requiere que indique ningún tipo de dato personal.

Podrá consultar los resultados de este estudio a partir del mes de mayo de 2014 en <http://www.madrid.es/Deportes>

Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludamos atentamente y quedamos a su disposición.

C.1 CENTRO DEPORTIVO:.....

C.2 FECHA: / /

C.3 HORARIO:		C.4 TIPO USO:		C.5 SEXO:		C.6 EDAD	
Mañana	1	Uso libre	1	Hombre	1	Infantil (menos de 14 años)	1
Tarde	2	Clases	2	Mujer	2	Joven (15 a 20 años)	2
						Adulto (21 a 64 años)	3
						Mayor (65 años o más)	4

1. ¿Cómo conoció usted los servicios de Medicina Deportiva ofrecidos por el Ayuntamiento de Madrid en sus Centros Deportivos municipales?

RESPUESTA MÚLTIPLE.

- Por información del Centro Deportivo 1
- A través de las Cartas de Servicios..... 2
- Por un amigo/familiar/vecino 3
- Por folletos y publicidad del Ayuntamiento 4
- Por la web municipal www.madrid.es (Internet) 5
- Por el Centro de Salud (ambulatorio) 6
- Por el Centro de Mayores 7

2. Acude a los servicios municipales de Medicina Deportiva para:

RESPUESTA MÚLTIPLE.

- Conocer mi estado de salud para hacer ejercicio..... 1
- Por recomendación de su profesor o entrenador..... 2
- Tratar una dolencia..... 3
- Controlar mi entrenamiento 4
- Por recomendación de su médico 5
- Cumplimentar la ficha federativa 6
- Acreditar que soy apto/a para realizar esfuerzos físicos 7

3. ¿Qué servicios de Medicina Deportiva conoce?

- Reconocimiento Médico 1
- Escuela de Espalda 2
- Acondicionamiento Cardiovascular 3
- Fisioterapia 4

3.a. ¿Y cuál o cuáles ha utilizado?

- Reconocimiento Médico 1
- Escuela de Espalda 2
- Acondicionamiento Cardiovascular 3
- Fisioterapia 4

4. ¿Desde cuándo viene haciendo uso de estos servicios?

Menos de 1 mes	1	1a 6 meses	2	6 meses a 1 año	3	Entre 1 y 3 años	4	Más de 3 años	5
----------------	---	------------	---	-----------------	---	------------------	---	---------------	---

5. ¿Le han cancelado alguna vez las citas previas?

Nunca	1	Una vez	2	Más de una vez	3
-------	---	---------	---	----------------	---

6. ¿En alguna ocasión no se le ha podido prestar el servicio por falta de material o avería del mismo?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

7. A continuación, le agradecemos valore su satisfacción con los siguientes aspectos del servicio de Medicina Deportiva. Valore de 0 a 10, siendo 0 “muy insatisfecho/a” y 10, “muy satisfecho/a”.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Tiempo de espera entre la solicitud y la cita	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Tiempo de espera entre la cita y la prestación del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Limpieza e higiene de las instalaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Accesibilidad a las instalaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Tamaño de las instalaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Señalización e indicaciones para llegar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Aparatos disponibles	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Trato de los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Claridad del lenguaje utilizado por los profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Interés con que atendieron su caso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Tiempo de duración de cada sesión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Duración del tratamiento aplicado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Precio de los servicios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

8. Teniendo en cuenta toda su experiencia con los servicios de Medicina Deportiva, valore su satisfacción global de 0 a 10, siendo 0 que está muy insatisfecho/a y 10 que está muy satisfecho/a.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Satisfacción global con el servicio de Medicina Deportiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

9. Respecto a las expectativas que usted tenía al comienzo, ¿diría usted que el servicio recibido ha sido mejor, igual o peor a lo que esperaba?

Mejor de lo que esperaba	1	Igual a lo que esperaba	2	Peor de lo que esperaba	3	No sabe	9
--------------------------	---	-------------------------	---	-------------------------	---	---------	---

10. ¿Recomendaría usted a un amigo, familiar o conocido los servicios médico deportivos del Ayuntamiento de Madrid?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

SÓLO PARA QUIENES RECIBEN FISIOTERAPIA (CÓDIGO 4 EN P.3.a)

11. ¿Ha recibido servicios de Fisioterapia en algún otro centro (público o privado)?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

SÓLO SI HA RECIBIDO SERVICIOS DE FISIOTERAPIA EN ALGÚN OTRO CENTRO (CÓDIGO 1 EN P.11)

11.a Respecto a ese otro centro, ¿diría usted que nuestros servicios de fisioterapia son ...?

Mejores	1	Iguals	2	Peores	3
---------	---	--------	---	--------	---

A TODOS

12. ¿Ha puesto / tiene intención de poner en conocimiento de su médico habitual los resultados y el informe recibido?:

- SÍ..... 1
 NO 2
 No he tenido tiempo de hacerlo todavía, pero lo haré en la próxima consulta 3

13. ¿Ha tenido que ser atendido/a en alguna ocasión por un accidente sufrido en un Centro Deportivo Municipal?

- SÍ..... 1 → PASAR A 13.a
 NO 2 → PASAR A 14

SÓLO SI HA TENIDO QUE SER ATENDIDO EN ALGUNA OCASIÓN (CÓDIGO 1 EN P.13)

13.a La persona que le atendió en esa ocasión, se presentó como...

- ATS/ DUE 1
 Médico 2
 SOS (socorrista) 3
 Trabajador sin identificar 4
 No sabe / no recuerda 5

14. Valore su satisfacción global de 0 a 10 con la atención que recibió en caso de accidente, en su caso:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Satisfacción global con atención en caso de accidente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

A TODOS

15. ¿Conoce usted la existencia de columnas de rescate cardíaco (desfibriladores) en los Centros Deportivos Municipales?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

16. ¿Qué opinión le merece esta iniciativa?:

Necesaria	1	Indiferente	2	Innecesaria	3	No sabe	9
-----------	---	-------------	---	-------------	---	---------	---

17. Estaría usted a favor o en contra de que se ofertasen bonos multiusos que abaratasen el precio de los servicios.

A favor	1	En contra	2	No sabe	9
---------	---	-----------	---	---------	---

18. ¿Ha presentado usted alguna sugerencia o reclamación sobre los servicios de Medicina Deportiva en el último año?

SÍ..... 1 → PASAR A 18.a

NO2 → PASAR A 19

18.a Por favor, señale el motivo de su sugerencia o reclamación:

Disconformidad con la actividad	1
Precios públicos y tarifas	2
Organización y planificación del servicio.....	3
Lista de espera y/o retraso en ser atendido.....	4
Tramitación Carnet de Deporte Especial	5
Trato recibido.....	6
Competencia de los profesionales.....	7
Otros	8

18.b ¿Cuánto tiempo tardaron en contestarle?

Menos de 15 días	1
Entre 16 y 45 días	2
Entre 46 y 90 días	3
Más de 90 días.....	4
No le han contestado	5
No sabe / no recuerda	9

SÓLO SI NO LE HAN CONTESTADO (CÓDIGO 5 EN P.18.b)

18.c ¿Cuánto hace que presentó la sugerencia / reclamación?

Menos de 15 días	1
Entre 16 y 45 días	2
Entre 46 y 90 días	3
Más de 90 días.....	4
No le han contestado	5
No sabe / no recuerda	9

