

## DIRIGIDA A USUARIOS DE OFICINA DE SEGUROS

Establecimientos MINSA

### I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. DEPARTAMENTO		
2. PROVINCIA		
3. DISTRITO		
4. CENTRO POBLADO		

ENSUAUS.03

N° Cuestionario

### II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud

2. Código del Establecimiento de Salud

Código EE.SS.

3. Turno:

Mañana.....1

Tarde.....2

Noche.....3

### III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

Visita N°	EVALUADOR/A TÉCNICO/A					SUPERVISOR/A				
	Fecha	Hora		Próxima Visita		Resultado de la Visita (*)	Fecha	Hora		Resultado de la Visita (*)
		De	A	Fecha	Hora			De	A	
1	/						/			
2	/						/			
3	/						/			
4	/						/			
5	/						/			
6	/						/			

#### RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

FECHA	/ /
RESULTADO	

#### (\*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETO	2. INCOMPLETO	3. RECHAZO ROTUNDO	4. RECHAZO POR FALTA DE TIEMPO	5. OTROS (Especificar)
-------------	---------------	--------------------	--------------------------------	---------------------------

#### OBSERVACIÓN:


#### POR OBSERVACIÓN DIRECTA

<b>Sexo</b> Hombre.....1 Mujer.....2	<b>Rango de edades</b> De 15 a 24 años.....1 De 25 a 44 años.....2 De 45 a 64 años.....3 De 65 años a más.....4
--	---

### IV. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

Cargo	DNI	Nombres y Apellidos
EVALUADOR/A TÉCNICO/A		
SUPERVISOR/A/ LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		

**ENTREVISTAR A TODAS LAS PERSONAS QUE SALEN DE HACER ALGÚN TRÁMITE DE LAS OFICINAS DE SEGUROS DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**PRESENTACIÓN:**

Buenos días / tardes, mi nombre es....., y trabajo para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), órgano rector del Sistema Estadístico Nacional. En esta ocasión, por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, estamos realizando entrevistas sobre los problemas en las Unidades del Seguro Integral de Salud (SIS), que servirá para mejorar los servicios que brinda. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. ¿Me permite entrevistarle/a?

**V. EXPERIENCIA DEL USUARIO SIS**

**1. ACTUALMENTE, ¿QUÉ TRÁMITES HIZO EN LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO?**

- Afiliación por primera vez..... 1
  - Proceso de admisión para recibir atención de salud .. 2
  - Inscripción para Recién Nacidos ..... 3
  - Reclamo..... 4
  - Pedir Reembolso Sepelio ..... 5
  - Trámites para Referencia (Transferencia)..... 6
  - Trámites para ampliar cobertura de salud ..... 7
  - Otro..... 8
- (Especifique)

**PASE  
A 19**

**2. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO TIENE EL SIS?**

- Menos de un mes ..... 1
- De un mes a 3 meses ..... 2
- Más de 3 meses a 6 meses ..... 3
- Más de 6 meses y menos de un año ..... 4
- De un año y menos de 3 años ..... 5
- De 3 años a más ..... 6
- NO SABE / NO RECUERDA ..... 7

**3. ¿UD. O SU FAMILIA REALIZAN ALGÚN PAGO MENSUAL POR EL SIS?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NO SABE / NO RECUERDA ..... 3

**4. ¿SU AFILIACIÓN (INGRESO AL SEGURO) FUE REALIZADA EN:**

- Este establecimiento?..... 1
- Otro establecimiento?..... 2
- Campañas y/o ferias de salud? ..... 3
- La Sede Central SIS / UDR SIS?..... 4
- NO SABE / NO RECUERDA ..... 5

**5. EL PROCESO QUE SIGUIÓ PARA AFILIARSE AL SIS, ¿LO CALIFICARÍA?**

- Muy difícil?..... 1
- Difícil? ..... 2
- Ni difícil ni fácil? ..... 3
- Fácil? ..... 4
- Muy fácil?..... 5
- NO SABE / NO RECUERDA ..... 6

**PASE A 7**

**6. ¿POR QUÉ DICE UD. QUE EL PROCESO DE AFILIACIÓN AL SIS FUE MUY DIFÍCIL O DIFÍCIL?**

(Anote 3 razones)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**7. RESPECTO A LOS SERVICIOS QUE LE PERMITEN TENER ACCESO AL SIS, ¿UD. ESTÁ:**

- Muy satisfecho/a? ..... 1
- Satisfecho/a? ..... 2
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a?..... 3
- Insatisfecho/a?..... 4
- Muy insatisfecho/a? ..... 5

**8. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿HA RECIBIDO ALGUNA ATENCIÓN POR EL SIS?**

- Sí..... 1
- No..... 2

**PASE A 13**

**9. EN ALGUNAS DE ÉSTAS ATENCIONES, ¿HA TENIDO PROBLEMAS PARA ATENDERSE POR EL SIS?**

- Sí..... 1
- No..... 2

**PASE A 13**

**10. ¿QUÉ TIPOS DE PROBLEMAS TUVO CON LA ATENCIÓN? (Acepte una o más alternativas)**

- No encontró cita o turno..... 1
  - No había los medicamentos..... 2
  - El personal no atendió el día de la cita ..... 3
  - El SIS no cubría (pagaba) el medicamento ..... 4
  - El SIS no cubría (pagaba) la cirugía o procedimiento..... 5
  - El SIS no cubría (pagaba) el traslado en ambulancia..... 6
  - El SIS no cubría (pagaba) la hospitalización ..... 7
  - El SIS no cubría (pagaba) exámenes especiales (TAC, etc.)..... 8
  - Mi nombre o de mi familia no figuraba como asegurado ..... 9
  - Negativa de atención por falta de DNI ..... 10
  - Fui considerado como no elegible ..... 11
  - No aceptaron la Hoja de Referencia ..... 12
  - Otro ..... 13
- (Especifique)

11. ¿CONSIDERA UD. QUE ALGUNO DE ESOS PROBLEMAS PARA LA ATENCIÓN, ¿PUSO EN PELIGRO SU VIDA?

Sí ..... 1

No ..... 2

12. ¿QUIÉN LO AYUDÓ A SOLUCIONAR EL PROBLEMA?

**MOSTRAR TARJETA Nº 1**

Personal de la oficina de seguros del establecimiento ..... 1

Personal de salud que lo atendía/atendería ..... 2

Asistente social del establecimiento ..... 3

Personal de las oficinas del SIS (SIS Central/UDR-Ex ODSIS) ..... 4

Director del establecimiento ..... 5

Personal SIS itinerante en hospitales (Gestor SIS-Lima) ..... 6

Defensoría de la Salud ..... 7

Otro ..... 8

(Especifique)

NO SOLUCIONARON MI PROBLEMA ..... 9

13. DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE ATENCIÓN QUE ACCEDEN POR EL SIS, ¿COMO CALIFICARÍA EL RUBRO DE:

**MOSTRAR TARJETA Nº 2**

		MB	B	N	M	MM	NS/NR
1	Acceso a medicamentos?	5	4	3	2	1	0
2	Acceso a médicos especialistas?	5	4	3	2	1	0
3	Cobertura de enfermedad?	5	4	3	2	1	0
4	Cobertura de exámenes auxiliares?	5	4	3	2	1	0
5	Acceso a centros de atención?	5	4	3	2	1	0
6	Cobertura de traslados por emergencia?	5	4	3	2	1	0

14. ¿SABE UD. CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO ASEGURADO DEL SIS?

Sí ..... 1

No ..... 2 → **PASE A 17**

15. ¿DÓNDE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN DE SUS DERECHOS?

En el SIS ..... 1

En el consultorio médico ..... 2

De un familiar ..... 3

En los medios de comunicación ..... 4

En materiales informativos (afiches, volantes u otros) ..... 5

Otro ..... 6

(Especifique)

16. ¿PODRÍA MENCIONARME CUÁLES SON ESOS DERECHOS? (Acepte una o más alternativas)

**MOSTRAR TARJETA Nº 3**

Derecho a informarme sobre las atenciones que brinda el SIS ..... 1

Derecho a conocer el nombre del que lo atiende ..... 2

Derecho a la atención de emergencias las 24 horas del día ..... 3

Derecho a recibir atención médica buena y segura ..... 4

Derecho a decidir libremente ..... 5

Derecho a recibir medicamentos gratuitos ..... 6

Derecho a que mi enfermedad e H.C. no se divulguen ..... 7

A aceptar o rechazar participar en la docencia o investigación ..... 8

Derecho a recibir charlas sobre salud ..... 9

Derecho a presentar quejas o reclamos ..... 10

Otro ..... 11

(Especifique)

17. ¿SABE QUÉ TRÁMITES DEBE SEGUIR PARA AFILIARSE AL SIS?

Sí ..... 1

No ..... 2 → **PASE A 19**

18. ¿PODRÍA MENCIONARME CUÁLES SON ESOS TRÁMITES? (Acepte una o más alternativas)

Acudir a un establecimiento de salud del MINSA ..... 1

Presentar DNI mío, de mi conyugue e hijos ..... 2

Presentar recibo de luz o agua ..... 3

Demostrar que no poseo otros seguros de salud ..... 4

Contar con la calificación respectiva del SISFOH ..... 5

Otro ..... 6

(Especifique)

19. ¿TIENE UD. CONOCIMIENTO DE LOS TRÁMITES PARA PEDIR ATENCIÓN POR EL SIS?

Sí ..... 1

No ..... 2 → **PASE A 21**

20. ¿PODRÍA MENCIONARME ALGUNO DE ESOS TRÁMITES?

Presentar DNI ..... 1

Recibo de depósito de la última aportación (SIS Independiente) ..... 2

Otro ..... 3

(Especifique)

## VI. DEL TRÁMITE ACTUAL

**21. ¿PARA QUÉ SERVICIO DE SALUD HA REALIZADO SU TRÁMITE EN LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?**

- Consultorio.....1
- Emergencia.....2
- Hospitalización.....3
- Referencia o transferencia.....4
- Cirugía o procedimientos.....5
- Examen de laboratorio o Rayos X.....6
- Otro \_\_\_\_\_ 7  
(Especifique)

**22. ¿HIZO ALGÚN PAGO POR EL TRÁMITE QUE REALIZÓ?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2

**23. DESDE QUE LLEGÓ A LA COLA, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA QUE PUEDAN ATENDERLO EN LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?**

Anote la respuesta en el recuadro

(En minutos)

**24. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMÓ REALIZAR TODO EL TRÁMITE?**

Anote la respuesta en el recuadro

(En minutos)

**25. SI UD. NO REALIZA ESTE TRÁMITE, ¿PODRÍA SER ATENDIDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO?**

- Sí .....1
- No .....2
- NO SABE / NO RESPONDE .....3

**26. ¿QUIÉN LE INDICÓ QUE DEBÍA REALIZAR ESTE TRÁMITE?**

- Nadie, estaba informado de que tenía que hacerlo.....1
- Personal de admisión (citas).....2
- Enfermeras o auxiliares del área donde pedí atención.....3
- Asistente social.....4
- Otros pacientes.....5
- Médicos.....6
- Personal de vigilancia.....7
- Otro \_\_\_\_\_ 8  
(Especifique)

**27. ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA REALIZAR ESTE TRÁMITE?**

- Sí.....1
- No.....2 →

PASE A 29

**28. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD?**

- Demora en la atención..... 1
- Maltrato de la persona que la atendió..... 2
- No le dieron información adecuada ..... 3
- Otro \_\_\_\_\_ 4  
(Especifique)

**29. ¿CONSIDERA UD. QUE TERMINÓ EL TRÁMITE O LE SOLUCIONARON LA DIFICULTAD POR EL CUAL SE ACERCÓ A ESTA OFICINA?**

**MOSTRAR TARJETA Nº 4**

- Si, ya no tengo que regresar..... 1
- Si, pero tengo que regresar ..... 2
- No, tengo que traer otros requisitos..... 3
- No, no me han solucionado nada ..... 4
- No, no me han explicado que debo hacer ..... 5
- Otro \_\_\_\_\_ 6  
(Especifique)

**30. CON RELACIÓN AL PERSONAL QUE LO ATENDIÓ, ¿CÓMO CALIFICARÍA LA:**

**MOSTRAR TARJETA Nº 2**

	MB	B	N	M	MM	NS/NR
1 Amabilidad y cortesía?	5	4	3	2	1	0
2 Respeto?	5	4	3	2	1	0
3 Interés/disposición por atender?	5	4	3	2	1	0
4 Confianza y seguridad que le inspira?	5	4	3	2	1	0
5 Vestuario (Uniforme)?	5	4	3	2	1	0
6 Claridad de la información?	5	4	3	2	1	0

**31. RESPECTO A LA ATENCIÓN DE SU TRÁMITE, ¿UD. ESTÁ:**

- Muy satisfecho/a? ..... 1
- Satisfecho/a? ..... 2
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a?..... 3
- Insatisfecho/a? ..... 4
- Muy insatisfecho/a? ..... 5

32. CONSIDERANDO LOS BENEFICIOS QUE LE OTORGA EL SIS, ¿UD. RECOMENDARÍA ESTE SEGURO DE SALUD A SUS FAMILIARES Y AMIGOS:

- Sin lugar a dudas? ..... 1  
 Tal vez? ..... 2  
 Lo pensaría dos veces? ..... 3  
 De ninguna manera? ..... 4

33. ¿UD. RECOMENDARÍA QUE REALICE SUS TRÁMITES EN ESTA OFICINA DEL SIS A SUS FAMILIARES Y AMIGOS:

- Sin lugar a dudas? ..... 1  
 Tal vez? ..... 2  
 Lo pensaría dos veces? ..... 3  
 De ninguna manera? ..... 4

34. ¿HA ESCUCHADO O LEÍDO SOBRE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD?

- Sí ..... 1  
 No ..... 2

## VII. CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO

35. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS Y CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?

Edad	Día	Mes	Año

41. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN PERMANENTEMENTE EN SU HOGAR?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº personas)
---------------

36. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO VIVE UD.?

Departamento \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_  
 Distrito \_\_\_\_\_

42. SIN CONTAR BAÑO, COCINA, PASADIZOS NI GARAJE, ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº habitaciones)
-------------------

37. SEXO

- Hombre ..... 1  
 Mujer ..... 2

43. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº habitaciones)
-------------------

38. ¿CUÁL ES EL NIVEL EDUCATIVO QUE APROBÓ?

- Sin nivel ..... 1  
 Inicial ..... 2  
 Primaria incompleta ..... 3  
 Primaria completa ..... 4  
 Secundaria incompleta ..... 5  
 Secundaria completa ..... 6  
 Superior no universitaria incompleta ..... 7  
 Superior no universitaria completa ..... 8  
 Superior universitaria incompleta ..... 9  
 Superior universitaria completa ..... 10  
 Postgrado ..... 11

44. ACTUALMENTE, ¿EL TIPO DE VIVIENDA QUE OCUPA ES:

- Casa independiente? ..... 1  
 Departamento en edificio? ..... 2  
 Vivienda en quinta? ..... 3  
 Vivienda en casa de vecindad (callejón o solar)? ..... 4  
 Chozas o cabañas? ..... 5  
 Vivienda improvisada? ..... 6  
 Local no destinado para habitación humana? ..... 7  
 Otro? ..... 8  
 (Especifique)

39. ¿CUÁL ES EL IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICAN EN EL HOGAR?

- Español ..... 1  
 Quechua ..... 2  
 Otro ..... 3  
 (Especifique)

**SOLO PARA SER DILIGENCIADO POR OBSERVACIÓN DIRECTA  
 POR EL EVALUADOR/A TÉCNICO/A**

40. EN SU OCUPACIÓN ACTUAL, ¿UD. ES:

- Trabajador/a dependiente (empleado, obrero, etc.)? ..... 1  
 Trabajador/a independiente (agricultor, comerciante, etc.)? ..... 2  
 Estudiante? ..... 3  
 Ama de casa? ..... 4  
 Otro? ..... 5  
 (Especifique)

45. LA PERSONA QUE RESPONDIÓ LA ENTREVISTA, ¿TIENE ALGUNA LIMITACIÓN?

- Está embarazada ..... 1  
 Tiene una invalidez física ..... 2  
 Estaba con hijos en la espalda o brazos ..... 3  
 No hablaba español ..... 4  
 No tenía ninguna limitación ..... 5  
 Otro ..... 6  
 (Especifique)

