

ENSUAUS.04

N° Cuestionario

DIRIGIDA A USUARIOS DE FARMACIAS - BOTICAS

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

5. COORDENADAS DEL PUNTO GPS

S									
W									
N° Punto									
Cód. Patrimonial									

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud

2. Código del Establecimiento de Salud

Código EE.SS.

3. Institución

MINSA – GR..... 1 ESSALUD.....2 FF.AA. y PNP..... 3 CLÍNICAS.....4

4. Nombre de la Farmacia – Botica

Farmacia.....1

Botica.....2

5. 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

Sexo Hombre.....1 Mujer.....2	Rango de edades 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		

SOLO ENTREVISTAR A LOS CLIENTES DE LA FARMACIA, DESPUÉS QUE COMPRARON MEDICINA (S), SÓLO SI ES PARA SI MISMO, SU HIJO (A) O SU PAREJA, REALIZANDO LA PREGUNTA FILTRO, ¿PARA QUIÉN ES EL O LOS MEDICAMENTOS QUE UD. COMPRÓ?

PARA SI MISMO 1

SU HIJO 2

SU PAREJA 3

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 las costumbres de medicación de la población, que servirá para mejorar los servicios de salud. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.
¿Me permite entrevistarlos/a?

V. CARACTERIZACIÓN DEL ENTREVISTADO

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

Edad	Día	Mes	Año

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

Departamento _____

Provincia _____

Distrito _____

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

4. ¿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

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

Español 1

Quechua 2

Otro _____ 3
(Especifique)

6. LA SEMANA PASADA DEL ____ AL ____, EL JEFE DE HOGAR SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

¿Empleador/a o patrono/a? 1

¿Trabajador/a independiente? 2

¿Empleado/a? 3

¿Obrero/a? 4

¿Trabajador/a Familiar No Remunerado/a 5

¿Trabajador/a del hogar? 6

¿Otro? _____ 7
(Especifique)

NO TRABAJÓ 8

7. UD. O EL FAMILIAR PARA QUIEN COMPRÓ LOS MEDICAMENTOS, ¿PADECE DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE REQUIERE MEDICACIÓN PERMANENTE?

Sí 1

No 2

VI. SEGUROS DE SALUD

8. ¿TIENE O ESTÁ AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD?

Sí 1

No 2 → **PASE A 10**

9. ¿QUÉ SEGURO DE SALUD TIENE UD.?
(Acepte una o más alternativas)

Seguro Integral de Salud (SIS) 1

EsSalud - Seguro Social (ex-IPSS) 2

Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) 3

Seguro de Salud de Aseguradoras privadas 4

Seguro de Salud de las Clínicas 5

Seguro de Salud Universitario 6

Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales 7

Otro _____ 8
(Especifique)

OBSERVACIONES

VII. PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN EN BOTICA O FARMACIA

10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DEL ____ AL ____, ¿ACUDIÓ A UNA BOTICA O FARMACIA PARA:

MOSTRAR TARJETA Nº 1

		Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Casi Siempre	Siempre
1	Comprar medicamentos con receta?	1	2	3	4	5
2	Comprar medicamentos sin receta?	1	2	3	4	5
3	Pedir consejo por su malestar, dolencia o síntoma?	1	2	3	4	5

- Si está circulado el código 1: (Nunca) de alternativa 3, entonces pase a pregunta 12.
- Si está circulado el código, entre 2 y 5 de alternativa 3, continúe con pregunta 11.

11. ¿POR QUÉ UD. ACUDE A UNA FARMACIA O BOTICA A PEDIR CONSEJO PARA SU MALESTAR, DOLENCIA O SÍNTOMA? (Acepte una o más alternativas)

- El consejo es rápido 1
 La farmacia o botica está cerca a su vivienda 2
 La farmacia o botica está cerca a su trabajo 3
 Confía en el consejo del farmacéutico o boticario 4
 El consejo es gratis 5
 Otro 6
 (Especifique)

VIII. DE LA COMPRA DEL MEDICAMENTO

12. ¿QUÉ MEDICAMENTOS COMPRÓ UD.? Copiar el nombre del medicamento de la caja o envoltura de la tableta o cápsula o del envase (ungüento o gotas, jarabe)

(Anotar como máximo 3 medicamentos)

	Nombre del Medicamento	Primera compra	
		Si	No
1		1	2
2		1	2
3		1	2

13. ESTOS MEDICAMENTOS, ¿LOS COMPRÓ UD. CON RECETA?

- Si y muestra receta 1
 Si y no muestra receta 2
 No 3

PASE A 16

IX. PATRÓN DE AUTOMEDICACIÓN

14. ¿DEBIDO A QUÉ UD. COMPRÓ EL MEDICAMENTO SIN RECETA MÉDICA?

(Acepte una o más alternativas)

- Demoran mucho en dar una cita para la atención en E.S. 1
 Demoran mucho en atender en el establecimiento 2
 Las molestias no son tan serias para ir al médico 3
 No tengo dinero para movilizarme al consultorio 4
 No tengo seguro de salud 5
 Me evito pagar la consulta 6
 Creo tener suficiente conocimiento para tratarme 7
 Ya tome previamente el medicamento 8
 Desconfió de las recetas de los médicos 9
 El personal de farmacia indica buen tratamiento 10
 Otro 11
 (Especifique)

15. ¿QUIÉN LE HA RECOMENDADO EL/LOS MEDICAMENTOS?

- Nadie, lo tomo por decisión propia 1
 Un familiar/familiares 2
 Amigo(s) 3
 Vecino(s) 4
 Recuerdo de una receta antigua 5
 Vendedor de farmacia/farmacéutico 6
 Personal de salud no médico (enfermera, técnico, etc.) 7
 Curandero / hierbero / huesero 8
 Otro 9
 (Especifique)

16. ¿USTED EN QUÉ MEDIDA SABE RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE COMPRÓ?

MOSTRAR TARJETA Nº 2

- Bastante 1
 Lo suficiente 2
 Poco 3
 NO SABE NADA 4

17. ¿USTED EN QUÉ MEDIDA SABE RESPECTO A LA FRECUENCIA DE CADA QUÉ TIEMPO DEBE APLICARSE O TOMAR DEL MEDICAMENTO?

MOSTRAR TARJETA Nº 2

- Bastante 1
 Lo suficiente 2
 Poco 3
 NO SABE NADA 4

18. ¿USTED EN QUÉ MEDIDA SABE RESPECTO A LA DOSIS O CANTIDAD QUE DEBE APLICARSE O TOMAR DEL MEDICAMENTO?

MOSTRAR TARJETA Nº 2

- Bastante 1
 Lo suficiente 2
 Poco 3
 NO SABE NADA 4

<p>19.¿CUÁNTO GASTÓ UD. EN LOS MEDICAMENTOS QUE COMPRÓ?</p> <p>Anote la respuesta en el recuadro → <input type="text"/></p> <p>(En soles)</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA.....1</p>	<p>22.PARA SOLICITAR UN MEDICAMENTO SIN RECETA, APARTE DE LAS RECOMENDACIONES, ¿UD. SE ORIENTA CON LA AYUDA DE LA INFORMACIÓN:</p> <p>De la televisión?..... 1</p> <p>De la radio?..... 2</p> <p>De internet?..... 3</p> <p>De los periódicos o revistas? 4</p> <p>Del personal de las farmacias o boticas? 5</p> <p>Otro? _____ 6</p> <p>(Especifique)</p> <p>NO NECESITA AYUDA 7</p> <p>NO APLICA.....8</p>
<p>20.¿EL FARMACÉUTICO O BOTICARIO LE PIDIÓ RECETA PARA VENDERLE LOS MEDICAMENTOS?</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	
<p>21.¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ PARA REALIZAR LA COMPRA DESDE QUE INGRESÓ A LA FARMACIA O BOTICA?</p> <p>Anote la respuesta en el recuadro → <input type="text"/></p> <p>(En minutos)</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA.....1</p>	

EVALUADOR TÉCNICO:
Si el usuario compró el medicamento sin receta, es decir si en pregunta 13 tiene circulado el código 3 (NO) pase a pregunta 29.

X. PATRÓN DEL COMPRADOR DE RECETA

<p>23.¿EN QUÉ TIPO DE ESTABLECIMIENTO LE DIERON LA RECETA?</p> <p>Hospital o Centro de Salud Público (MINSA)1</p> <p>Hospital o centro de EsSalud.....2</p> <p>Clinica o centro médico particular.....3</p> <p>Consultorio médico privado4</p> <p>Hospital Centro de las FF.AA. y Policiales5</p> <p>Hospital de la Solidaridad6</p> <p>Hospital o Clínica Municipal.....7</p> <p>Otro _____ 8</p> <p>(Especifique)</p>	<p>26.¿EL SEGURO BAJO EL QUE SE ATENDIÓ, LE PAGABA O CUBRÍA TODO O PARTE DE ESTOS MEDICAMENTOS?</p> <p>Sí, todo..... 1</p> <p>Sí, en parte..... 2</p> <p>No..... 3</p> <p>NO SABE / NO HIZO TRÁMITE 4</p>
<p>24.¿EN ESE ESTABLECIMIENTO UD. SE ATENDIÓ POR UN SEGURO?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → PASE A 27</p>	<p>27.¿POR QUÉ NO ADQUIRIÓ ESTOS MEDICAMENTOS EN EL LUGAR DONDE LE DIERON LA RECETA? (Acepte una o más alternativas)</p> <p>El establecimiento no tiene farmacia 1</p> <p>El médico recomendó que los compre afuera del establecimiento 2</p> <p>El personal de la farmacia le recomendó que los compre afuera del establecimiento 3</p> <p>Le dijeron que no había el/los medicamento/s 4</p> <p>Los precios son muy elevados..... 5</p> <p>Prefiere medicamentos de "marca"..... 6</p> <p>El seguro no cubre o paga este medicamento..... 7</p> <p>Otro _____ 8</p> <p>(Especifique)</p> <p>NO APLICA.....9</p>
<p>25.¿BAJO QUÉ SEGURO SE ATENDIÓ?</p> <p>Seguro Integral de Salud (SIS).....1</p> <p>EsSalud - Seguro Social (ex-IPSS)2</p> <p>Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS).....3</p> <p>Seguro de Salud de Aseguradoras privadas4</p> <p>Seguro de salud de las Clínicas5</p> <p>Seguro de salud Universitario.....6</p> <p>Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales.....7</p> <p>Otro _____ 8</p> <p>(Especifique)</p>	<p>28.¿EL FARMACÉUTICO O BOTICARIO LE VENDIÓ OTRO MEDICAMENTO DISTINTO AL DE SU RECETA?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>

