

DIRIGIDA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Hospitales, Clínicas, Centros Médicos, Establecimientos
MINSA, EsSalud, Privados y FF.AA – PNP

ENSUSALUD.02

N° Cuestionario

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN MUESTRAL		10. COORDENADAS DEL PUNTO GPS	
1. DEPARTAMENTO		5. ÁREA	Urbana.....1 Rural.....2	S	
2. PROVINCIA		6. ZONA		W	
3. DISTRITO		7. MANZANA			
4. CENTRO POBLADO		8. CONGLOMERADO			
		9. AER N°			

11. Dirección del Establecimiento de Salud: (Seleccione solo un código)

Tipo de vía: Avenida 1 Jirón 2 Calle 3 Pasaje 4 Carretera 5 Prolongación 6 Otro 7

Nombre de Vía	N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono

Referencia de la Dirección:

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud

2. Código RENAES del establecimiento de salud

3. Institución

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

4. Consultorio:

Medicina 1 Cirugía 2 Gineco/obstetricia 3 Pediatría 4 Otra especialidad 5
(Especifique)

5. Turno:

Mañana 1 Tarde 2 Noche 3

III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

N°	Fecha	Hora Inicio	Hora Final	Resultado de la Visita (*)
1	/			
2	/			
3	/			
4	/			
5	/			
6	/			

RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

FECHA	/ /
RESULTADO	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETO	2. INCOMPLETO (Motivo)	3. RECHAZO ROTUNDO	4. RECHAZO POR FALTA DE TIEMPO	5. OTRO (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
ENCUESTADOR/A		
SUPERVISOR/A LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		

ENTREVISTAR AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE SE ENCUENTRE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PRESENTACIÓN:

Estimado Doctor(a) / Enfermero(a), 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 a usuarios de los servicios de salud, para medir su percepción y satisfacción respecto a las prestaciones, su actividad y otros aspectos. 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. DATOS GENERALES

1. ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN?

Médico1
Enfermero/a2

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

Día	Mes	Año	Edad

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

Departamento
Provincia
Distrito

4. SEXO

Hombre1
Mujer2

5. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL?

Conviviente1
Casado/a2
Viudo/a3
Divorciado/a4
Separado/a5
Soltero/a6

6. LA VIVIENDA QUE OCUPA SU HOGAR ES:

¿Alquilada?1
¿Propia, totalmente pagada?2
¿Propia, por invasión?3
¿Propia, comprándola a plazos?4
¿Cedida por centro de trabajo?5
¿Cedida por otro hogar o institución?6
¿Otro?7
(Especifique)

7. ¿QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE CON ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Locación de servicios (Honorarios profesionales)1
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)2
Contrato a plazo fijo (sujeto a modalidad)3
Nombrado, permanente4
Plazo indeterminado o indefinido (D.S. 728)5
Otro6
(Especifique)

VI. FAMILIA DEL PERSONAL MÉDICO O ENFERMERO/O

8. ACTUALMENTE, ¿UD. VIVE CON SU FAMILIA?

Sí, con toda mi familia1
Solo con parte de ella2
No, vivo solo3
No, no tengo familia4

PASE
A 11

9. ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE UD.?

Anote la respuesta en el recuadro →

--

(Nº Personas)

10. ACTUALMENTE, ¿UD. HA TENIDO QUE DEJAR A SU FAMILIA POR EL TRABAJO?

Sí1
No2

OBSERVACIONES

VII. FORMACIÓN ACADÉMICA

11. ¿EN QUÉ UNIVERSIDAD ESTUDIÓ SU CARRERA?

- Univ. Nacional Mayor de San Marcos.....1
 Univ. Nacional Federico Villareal.....2
 Univ. Nacional de Trujillo.....3
 Univ. Nacional del Centro.....4
 Univ. Nacional San Luis Gonzaga de Ica.....5
 Univ. Particular Cayetano Heredia.....6
 Univ. Particular San Martín de Porres.....7
 Otro.....8
 (Especifique)

12. ¿EN QUE AÑO OBTUVO SU TÍTULO UNIVERSITARIO?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

13. ¿TIENE ALGUNA ESPECIALIDAD?

Sí 1 → **13.A.** ¿Cuál es?
 (Especifique)

No 2 → **PASE A 15**

14. ¿EN QUÉ REGIÓN REALIZÓ SU ESPECIALIDAD?

- Lima-Callao.....1
 Arequipa.....2
 Junín.....3
 Ica.....4
 La Libertad.....5
 En el extranjero.....6
 Otro.....7
 (Especifique)

VIII. MIGRACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMEROS/OS

15. ¿UD. TIENE PLANES DE MIGRAR A OTRO LUGAR?

Sí.....1

No.....2 → **PASE A 21**

16. ¿DENTRO DE CUANTO TIEMPO MIGRARÍA?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

17. ¿A QUÉ DEPARTAMENTO DEL PERÚ O PAÍS TIENE PLANIFICADO MIGRAR?

Departamento.....1 → **PASE A 19**
 (Especifique)

País.....2
 (Especifique)

NO LO HA DECIDIDO.....3

18. ACTUALMENTE, ¿SE ENCUENTRA REALIZANDO ALGÚN TRÁMITE PARA VIAJAR AL EXTRANJERO?

Sí 1

No 2

19. ¿QUÉ MOTIVO INFLUYE MÁS EN SU DESEO DE MIGRAR?

- Ofrecer nuevas oportunidades a mi familia.....1
 Por mejora económica.....2
 Por motivos laborales.....3
 Por motivos familiares.....4
 Por motivos de estudio.....5
 Acceder a nuevas técnicas y tecnologías de tratamiento.....6
 Por motivos de salud.....7
 Otro.....8
 (Especifique)

20. ¿QUÉ PERSONA INFLUYE MÁS EN SUS DESEOS O PLANES DE MIGRAR?

- Esposo/pareja.....1
 Hijos.....2
 Padres.....3
 Otro.....4
 (Especifique)
 NADIE.....5

OBSERVACIONES:

IX. ACTIVIDAD LABORAL

21. ¿CUÁNTOS AÑOS VIENE TRABAJANDO EN EL SECTOR SALUD, YA SEA PÚBLICO O PRIVADO?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

22. ¿CUÁNTO TIEMPO LABORA EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

(En meses)

23. SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿ES DE TIPO:

Permanente (Tiene trabajo durante todo el año de manera continua)? 1

Temporal o estacional (No permanente)? 2

24. ¿REALIZA LABOR ASISTENCIAL EN OTRA INSTITUCIÓN?

Sí 1

No 2

25. ¿REALIZA LABOR NO ASISTENCIAL PÚBLICA O PRIVADA (ADMINISTRATIVA, COMERCIO, GERENCIA, ETC.) EN OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Sí 1

No 2

26. ¿REALIZA LABOR DOCENTE REMUNERADA?

Sí 1

No 2

27. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS ACTIVIDADES REMUNERADAS?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº de horas)

28. CONSIDERANDO TODAS SUS ACTIVIDADES REMUNERADAS, ¿CUÁL ES SU NIVEL DE INGRESO MENSUAL?

MOSTRAR TARJETA Nº 1

Menor a S/. 1000 1

DE S/. 1000 a S/. 2000 2

DE S/. 2001 a S/. 3000 3

DE S/. 3001 a S/. 4000 4

DE S/. 4001 a S/. 5000 5

Más de S/. 5000 6

NO RESPONDE 7

29. DE MANERA GENERAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO, EN RELACIÓN A SU TRABAJO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?

MOSTRAR TARJETA Nº 2

Muy satisfecho/a 5

Satisfecho/a 4

Ni satisfecho/a / Ni insatisfecho/a 3

Insatisfecho/a 2

Muy insatisfecho/a 1

NO SABE / NO RESPONDE 0

30. RESPECTO A SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CUANTO A:

MOSTRAR TARJETA Nº 2

	Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a	NS/NR
1. Posibilidades de promoción o ascenso?	5	4	3	2	1	0
2. Orden de los servicios y organización laboral?	5	4	3	2	1	0
3. La valoración de su trabajo?	5	4	3	2	1	0
4. El tipo de labor que realiza?	5	4	3	2	1	0
5. La carga laboral que realiza?	5	4	3	2	1	0
6. Posición en su institución y participación en las decisiones de gestión de su servicio?	5	4	3	2	1	0
7. Honorarios o sueldos recibidos?	5	4	3	2	1	0
8. Horario o jornada de trabajo?	5	4	3	2	1	0
9. La relación con sus compañeros de trabajo?	5	4	3	2	1	0
10. Oportunidades de capacitación/actualización?	5	4	3	2	1	0
11. La infraestructura e instalaciones de servicios (agua, desagüe, luz, oxígeno, etc.)?	5	4	3	2	1	0
12. El instrumental y equipamiento para atender a los pacientes?	5	4	3	2	1	0
13. La relación con sus jefes o superiores?	5	4	3	2	1	0
14. Las condiciones de higiene y bioseguridad?	5	4	3	2	1	0
15. El llenado de registro, partes, órdenes o formatos?*	5	4	3	2	1	0
16. El respeto y consideración de sus pacientes?	5	4	3	2	1	0

* Con excepción de la historia clínica.

31. EN RELACIÓN A SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN GENERAL, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO A:

MOSTRAR TARJETA N° 2

	Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a	NS/NR
1. La relación médico paciente durante la consulta?	5	4	3	2	1	0
2. Su expectativa en satisfacer las necesidades de sus pacientes?	5	4	3	2	1	0
3. Su disponibilidad para realizar ejercicio profesional asistencial privado?	5	4	3	2	1	0
4. Los logros obtenidos en su carrera?	5	4	3	2	1	0
5. Impacto en su vida personal o familiar por la carga laboral asociada a su profesión?	5	4	3	2	1	0
6. Los riesgos asociados a su actividad profesional?	5	4	3	2	1	0

32. DESDE QUE UD. EMPEZÓ A TRABAJAR AQUÍ, ¿HA PENSADO EN ALGÚN MOMENTO EN CAMBIAR DE EMPLEO?

Sí1
No2
NO SABE3

33. ¿PIENSA O TIENE PLANIFICADO DEJAR DE TRABAJAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

Sí1
No2
NO SABE3

34. ¿QUÉ INFLUIRÍA MÁS PARA CAMBIAR DE TRABAJO? (Mencione las 3 más importantes)

Mejora de sueldo1
Mejora de horario2
Mejora del trato y clima laboral (entre compañeros, jefes) ...3
Mejora del ambiente físico de trabajo4
Mayor estabilidad laboral5
Percepción de deshonestidad y corrupción en la gestión de la institución6
Cambio de actividad7
Mayores oportunidades de estudios y capacitación8
Mayores facilidades para su vida familiar9
Mejores condiciones de seguridad e higiene10
Otro 11
(Especifique)
NO SABE / NO RECUERDA12

35. BASADO EN SU EXPERIENCIA EN ESTE ESTABLECIMIENTO, PARA ATENDER MEJOR A SUS PACIENTES, ¿QUÉ CAMBIOS RECOMENDARÍA? (Acepte una o más alternativas)

Disminuir los trámites administrativos 1
Incrementar el número de médicos 2
Incrementar el número de profesionales asistenciales no médicos (enfermeras, obstetras, etc.) 3
Ampliar los consultorios e infraestructura de consulta ambulatoria 4
Ampliar el número de camas y ambientes de hospitalización 5
Mejorar el servicio de archivo y gestión de historias clínicas 6
Mejorar el equipo e instrumental para procedimientos o cirugías 7
Mejorar el abastecimiento de medicamentos e insumos médicos 8
Mejorar la calidad de los insumos médicos 9
Mayor capacitación al personal asistencial 10
Mayor capacitación al personal administrativo 11
Otro 12
(Especifique)
NO SABE / NO RECUERDA 13

36. EN RELACIÓN AL EQUIPO DE GESTIÓN DE SU ESTABLECIMIENTO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO A:

MOSTRAR TARJETA N° 2

	Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a	NS/NR
1. Manejo de presupuesto?	5	4	3	2	1	0
2. Gestión de medicamentos - farmacias?	5	4	3	2	1	0
3. Organización de los servicios?	5	4	3	2	1	0
4. Gestión de los recursos humanos?	5	4	3	2	1	0
5. Programación de turnos?	5	4	3	2	1	0
6. Atención al usuario?	5	4	3	2	1	0
7. Prevención de infecciones intrahospitalarias / eventos adversos?	5	4	3	2	1	0
8. Capacidad de gestión / trabajo?	5	4	3	2	1	0

X. CALIDAD DEL SERVICIO QUE SE BRINDA

37. DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA, CONSIDERA UD. QUE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL PAÍS:

- Ha mejorado? 3
- Está igual? 2 → **PASE A 40**
- Ha empeorado? 1 → **PASE A 39**
- NO SABE / NO RESPONDE 4 → **PASE A 40**

38. ¿POR QUÉ CREE UD. QUE LA ATENCIÓN DE SALUD HA MEJORADO?
(Acepte una o más alternativas)

- Atenciones son más oportunas, menos trámites 1
- Mejor cobertura de salud, cubre todos los diagnósticos 2
- Mejor cobertura de salud, que cubre todos los procedimientos y exámenes auxiliares 3
- Mejor cobertura de salud, cubre todos los medicamentos 4
- Mayor presupuesto para las atenciones 5
- Personal más capacitado 6
- Mejores sistemas informáticos 7
- Otro 8
- (Especifique)
- PASE A 40**

39. ¿POR QUÉ CREE UD. QUE LA ATENCIÓN DE SALUD HA EMPEORADO?
(Acepte una o más alternativas)

- Mayor cantidad de trámites administrativos 1
- Menor cobertura de salud que no cubre la consulta 2
- Menor cobertura de salud, no cubre todos los procedimientos ni exámenes auxiliares 3
- Desabastecimiento de medicamentos 4
- Menor presupuesto para las atenciones 5
- Mayor número de reclamos 6
- Los reembolsos demoran 7
- Otro 8
- (Especifique)

40. ¿UD. DIRÍA QUE EL IMPACTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD SOBRE EL SISTEMA DE SALUD HA SIDO:

- Muy beneficioso? 4
- Beneficioso? 3
- Poco beneficioso? 2
- Nada beneficioso? 1
- NO SABE / NO RECUERDA 0

41. ¿QUÉ SEGURO/S 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
- Sanidad de las FF.AA y Policiales 6
- Seguro del CMP (SEMEFA) 7
- Otro 8
- (Especifique)
- NO TENGO NINGÚN SEGURO 9

42. DESDE SU PERCEPCIÓN, ¿CUÁL CREE UD. QUE ES EL PRINCIPAL PROBLEMA PARA LA ATENCIÓN DE UN ASEGURADO EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- Excesivos trámites 1
- Excesivos llenados de formatos 2
- Limitaciones de la cobertura del seguro 3
- Desinformación del asegurado 4
- Pago inoportuno del seguro 5
- Otro 6
- (Especifique)

OBSERVACIONES:

XI. SEGURIDAD EN EL TRABAJO

43. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DEL.....AL....., ¿CUÁNTOS ACCIDENTES TUVO EN ESTE TRABAJO? (Golpe, caída, herida, pinchazo, quemadura, etc.)

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº de accidentes)

44. ¿UD. TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE HA SIDO PROVOCADA Y/O AGRAVADA POR EL TRABAJO?

Sí 1

No 2

45. ¿SABE UD. SI ESTA INSTITUCIÓN LO HA ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo-SCTR)?

Sí 1

No 2

NO SABE / NO RECUERDA 3

46. ¿PADECE UD. ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

Sí 1

No 2

47. EN SU TRABAJO ACTUAL, ¿QUÉ TAN PROBABLE CREE UD. QUE ES SUFRIR UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD QUE REALIZA?

Muy probable 3

Poco probable 2

Nada probable 1

48. EN LA ACTUALIDAD, ¿FUMA USTED TABACO DIARIAMENTE, ALGUNOS DÍAS O NO FUMA EN ABSOLUTO?

Diariamente 1

Algunos días 2

No fuma 3

NO SABE / NO RESPONDE 4

49. EN EL PASADO, ¿HA FUMADO TABACO DIARIAMENTE, ALGUNOS DÍAS O NO HA FUMADO TABACO EN ABSOLUTO?

Diariamente 1

Algunos días 2

No fuma 3

NO SABE / NO RESPONDE 4

50. RESPECTO A SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y LOS RIESGOS LABORALES O BIOLÓGICOS, INDIQUE LA FRECUENCIA CON QUE SUCEDE LO SIGUIENTE:

MOSTRAR TARJETA Nº 3

		Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Casi Siempre	Siempre
1	¿Ud. toma medidas de prevención o protección de riesgo laboral?	1	2	3	4	5
2	¿Su institución le informa sobre los riesgos de accidentarse o enfermarse por su trabajo?	1	2	3	4	5
3	¿Su institución lo ha capacitado en la prevención de riesgos laborales o de bioseguridad?	1	2	3	4	5
4	¿Su institución lo provee de medidas o equipos de protección?	1	2	3	4	5
5	¿Exposición a personas con enfermedades muy contagiosas?	1	2	3	4	5
6	¿Exposición o contacto con sustancias que puedan afectar su salud?	1	2	3	4	5

XII. INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UN RECLAMO O QUEJA

51. EN CASO DE OCURRIR PROBLEMAS CON LA ATENCIÓN DE SALUD, ¿QUÉ ENTIDAD/ES CREE UD. PUEDE/N SOLUCIONAR UN RECLAMO?

(Acepte una o más alternativas)

Establecimiento de salud 1

Superintendencia Nacional de Salud 2

Aseguradoras o IAFAS 3

Defensoría del Asegurado 4

Defensoría de la Salud 5

Defensoría del Pueblo 6

INDECOPI 7

Otro 8

(Especifique)

52. CUANDO OCURRE UN PROBLEMA CON LA ATENCIÓN EN SALUD EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿EL RECLAMO SE DERIVA A:

La dirección general? 1

Admisión? 2

Administración? 3

Otro? 4

(Especifique)

NO SABE / NO RECUERDA 5

53. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES ÁREAS CON MAYORES RECLAMOS EN SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

(Acepte una o más alternativas)

- Farmacia.....1
Laboratorio.....2
Centro obstétrico.....3
Unidad/oficina de seguros.....4
Emergencia.....5
Sistema de referencia y contrareferencias.....6
Radiología – imágenes.....7
Consulta externa.....8
Unidad de cuidados intensivos.....9
Ambulancias.....10
Área de atención de reclamos.....11
Admisión/acreditación.....12
Archivo.....13
Caja.....14
Personal de seguridad.....15
Hospitalización.....16
Centro quirúrgico.....17
Otro.....18

(Especifique)

OBSERVACIONES:

XIII. REFORMA DE SALUD

54. ¿HA ESCUCHADO O LEÍDO SOBRE LA REFORMA DE SALUD?

Sí.....1

No.....2 → **PASE A 59**

55. ¿CUÁL CREE USTED QUE SERÁ EL IMPACTO DE LA REFORMA DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ?

MOstrar Tarjeta Nº 4

Muy favorable.....5

Favorable.....4

Ni favorable / Ni desfavorable.....3 → **PASE A 58**

Desfavorable.....2

Muy desfavorable.....1 } **PASE A 57**

NO SABE / NO RECUERDA.....0 → **PASE A 58**

56. ¿POR QUÉ CREE USTED QUE SERÁ FAVORABLE?

- Permitirá mejorarla protección de derechos en salud.....1
Mejorará la calidad de los servicios.....2
Permitirá mayor inversión en salud.....3
Brindará mayor cobertura de salud.....4
Permitirá ampliar la oferta de servicios.....5
Otro.....6

(Especifique)

PASE A 58

57. ¿POR QUÉ CREE USTED QUE SERÁ DESFAVORABLE?

- Mayor burocratización del sector salud.....1
Menores recursos para la atención de salud.....2
Trámites y procesos engorrosos.....3
No obtención de la prioridades sanitarias.....4

Otro.....5

(Especifique)

58. RESPECTO A LOS SIGUIENTES AGENTES, ¿CUÁL CREE QUE SERÁ EL IMPACTO DE LA REFORMA PLANTEADA POR EL MINSA, EN:

MOstrar Tarjeta Nº 4

		MF	F	NF/ND	D	MD	NS/NR
1	Los establecimientos de salud?	5	4	3	2	1	0
2	El personal asistencial?	5	4	3	2	1	0
3	El personal administrativo?	5	4	3	2	1	0
4	La población?	5	4	3	2	1	0
5	Los empresarios privados?	5	4	3	2	1	0
6	Las aseguradoras?	5	4	3	2	1	0

59. BASADO EN SU EXPERIENCIA, ¿CUÁL HA SIDO EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD IMPLEMENTADAS DESDE EL 2009?

MOstrar Tarjeta Nº 4

Muy favorable.....5

Favorable.....4

Ni favorable / Ni desfavorable.....3

Desfavorable.....2

Muy desfavorable.....1

NOSABE / NO RECUERDA.....0

60. CON RESPECTO A LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD, ¿CONOCE UD:

Bastante?.....4

Ni mucho / ni poco?.....3

Poco?.....2

Nada?.....1 → **PASE A 63**

XV. ESTRÉS PERCIBIDO

67. SOBRE EL ESTRÉS

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" como usted se ha sentido o ha pensado en cada situación:

MOSTRAR TARJETA Nº 6

Situaciones		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10	En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14	En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

OBSERVACIONES:	
----------------	--

