

400. SALUD (Para todas las personas)

Persona N°		Nombre:	Informante N°
-------------------	--	----------------	----------------------

400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA	MES	AÑO

LAS PREGUNTAS 401A Y 401B SON SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

401A. EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, DE A ¿TUVO ALGÚN PARTO?

SI 1

NO 2 → PASE A 401

401B. ¿A DÓNDE ACUDIÓ EN SU ÚLTIMO PARTO?

Puesto de salud MINSA 1

Centro de salud MINSA 2

Centro o puesto de salud CLAS 3

Posta, policlínico ESSALUD 4

Hospital MINSA 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) 6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 7

Consultorio médico particular 8

Clínica particular 9

Farmacia o botica 10

En su domicilio (del paciente) 11

Casa de huesero, curandero 12

Otro 12

(Especifique)

A PARTIR DE LA PREGUNTA 401 A 420 SE APLICAN A TODAS LAS PERSONAS

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO?
(Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

SI 1

No 2

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A):
(Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1	402A. ¿Cuántos días no pudo realizar sus actividades normalmente?
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2	
Recaída de enfermedad crónica? ... 3	
Accidente? 4	

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente? 5 → PASE A 410

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?
(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA 1

Centro de salud MINSA 2

Centro o puesto de salud CLAS 3

Posta, policlínico ESSALUD 4

Hospital MINSA 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) 6

Hospital de las FF.AA. y/o

Policía Nacional 7

Consultorio médico particular 8

Clínica particular 9

Farmacia o botica 10

En su domicilio (del paciente) 11

Casa de huesero, curandero 12

Otro 13

(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN 14

PASE A 409

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?
(Acepte una o más alternativas)

Médico 1

Dentista/odontólogo 2

Obstetriz 3

Enfermera(o) 4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) ... 5

Promotor(a) 6

Otro 7

(Especifique)

406. ¿RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE:

		(406A) ¿Cómo lo pagó?
SI	NO	Seguro integral de salud (SIS) pagó todo 1
		SIS pagó una parte 2
		ESSalud pagó todo 3
		ESSalud pagó parte 4
		Seguro privado pagó 5
		Seguro privado pagó una parte 6
		Ud. pagó todo 7
		Donado por el MINSA 8
		Otro 9
		(Especifique)

1. Consulta?	1	2	
2. Medicinas?	1	2	
3. Análisis?	1	2	
4. Rayos X?	1	2	
5. Otro examen?	1	2	
(Especifique)			

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 410.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407A.

<p>407A. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ SE ENCUENTRA:</p> <p>Muy cerca?..... 1 Cerca?..... 2 Lejos?..... 3 Muy Lejos?..... 4</p> <p>407B. ¿PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR FUE:</p> <p>Muy poco?..... 1 Poco?..... 2 Bastante?..... 3 Demasiado?..... 4</p> <p>407C. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON LOS ENCONTRÓ:</p> <p>Todos?..... 1 La mayoría?..... 2 Muy pocos?..... 3 Ninguno?..... 4</p> <p>407D. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, EL TRATO DEL PROFESIONAL FUE:</p> <p>Muy bueno?..... 1 Bueno?..... 2 Malo?..... 3 Muy malo?..... 4</p> <p>407E. ¿SE SOLUCIONÓ EL PROBLEMA DE SALUD POR EL CUAL BUSCÓ ATENCIÓN?</p> <p>Sí, totalmente 1 Sí, parcialmente 2 No, porque no tuvo dinero para medicamentos..... 3 No, porque no siguió las indicaciones del médico 4 No, porque el tratamiento no es el adecuado 5 Aún no concluye el tratamiento 6 Otro 7</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?</p> <p>No tuvo dinero..... 1 Se encuentra lejos..... 2 Demoran mucho en atender..... 3 No confía en los médicos 4 No era grave/ no fue necesario..... 5 Prefiere curarse con remedios caseros 6 No tiene seguro..... 7 Se autorecetó o repitió receta anterior..... 8 Falta de tiempo..... 9 Por el maltrato del personal de salud..... 10 Otro..... 11</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>410. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Nº Veces</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">En total, ¿cuántos días?</td> </tr> <tr> <td>Sí..... 1 →</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td>No 2 →</td> <td colspan="2" style="border: 2px solid black; text-align: center; padding: 5px;">PASE A 412</td> </tr> </table> <p>411. ¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A)? (Acepte una o más alternativas)</p> <p>Centro de salud MINSA..... 1 Policlínico ESSALUD 2 Hospital MINSA 3 Hospital del Seguro (ESSALUD)..... 4 Hospital de las FF.AA. / Policía Nacional..... 5 Consultorio médico particular..... 6 Clínica particular..... 7 Otro (posta médica, centro médico, etc.)..... 8</p> <p style="text-align: right;">(Especifique)</p> <p>412. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?</p> <p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>413. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR PREVENCIÓN Y/O DESPISTAJE:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Sí</th> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">NO CORRESPONDE</th> <th colspan="2">413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?</th> </tr> <tr> <th>PROGRAMA SOCIAL</th> <th>EN FORMA PARTICULAR</th> </tr> <tr> <td>1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Nº Veces	En total, ¿cuántos días?	Sí..... 1 →			No 2 →	PASE A 412			Sí	No	NO CORRESPONDE	413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?		PROGRAMA SOCIAL	EN FORMA PARTICULAR	1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....	1	2		1	2	4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....	1	2	3	1	2	5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....	1	2		1	2
	Nº Veces	En total, ¿cuántos días?																																														
Sí..... 1 →																																																
No 2 →	PASE A 412																																															
	Sí	No	NO CORRESPONDE	413A. ¿CÓMO LO OBTUVO?																																												
				PROGRAMA SOCIAL	EN FORMA PARTICULAR																																											
1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																											
2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																											
3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?.....	1	2		1	2																																											
4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?.....	1	2	3	1	2																																											
5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?.....	1	2		1	2																																											

(414) ¿UD. RECIBIÓ:		(415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas)		(416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO?		(417) ¿DÓNDE COMPRO?		(418) ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE:?	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE AL SIGUIENTE PRODUCTO O SERVICIO</div>		Pagado por algún miembro de este hogar?..... 1 Autoconsumo?..... 2 Autosuministro?..... 3 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar?..... 4 Donado por alguna institución del estado o programa social (SIS)?..... 5 Donado por alguna institución privada?..... 6 Fue cubierto por el Seguro?..... 7 Otro? (especifique)..... 8 NO SABE/NO RESPONDE... 9		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE A 418</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>		Establecimientos MINSA 1 Establecimientos ESSALUD 2 Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional 3 Botiquín Comunal 4 Farmacia o botica 5 Clínica particular 6 Consultorio particular... 7 CLAS 8 ONG 9 Óptica 10 Bodega 11 Casa de huesero, Curandero 12 Ambulante 13 Otro (Especifique) 14		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV.</div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Sí</div> <div>No</div> </div>				MONTO S/. Ent. Dec.		CÓDIGO		MONTO S/. Ent. Dec.	
EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS									
1. CONSULTA?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
2. MEDICINAS / INSUMOS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
3. ANÁLISIS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
5. OTROS EXÁMENES (HEMODIALISIS, ETC.)? (Especifique).....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES									
6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
8. COMPRA DE LENTES?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
9. VACUNAS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
11. ANTICONCEPTIVOS?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMOMETRO, ETC.)? (Especifique).....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES									
13. HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
14. CONTROLES POR EMBARAZO?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					
15. ATENCIONES DE PARTO?.....		1 2	1 2 3 4 5 6 7 8.....	9					

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE SALUD AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ACTUALMENTE ES:
(Acepte una o más alternativas)

- ¿ESSALUD (antes IPSS)?..... 1
 ¿Seguro privado de salud?..... 2
 ¿Entidad prestadora de salud?..... 3
 ¿Seguro de FF.AA. / Policiales.?..... 4
 ¿Seguro Integral de Salud?..... 5
 ¿Seguro universitario?..... 6
 ¿Seguro escolar privado?..... 7
 ¿Otro?..... 8
 (Especifique)
 NO ESTÁ AFILIADO..... 9

PASE AL CAP. 500 O CONCLUYA LA ENTREVISTA

420. ¿QUIÉN APORTA O PAGA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO A..... :

	Su centro de trabajo?	Ud. mismo?	Un familiar?	No paga
ESSALUD?.....	1	2	3	
Seguro privado de salud?	1	2	3	
Entidad prestadora de salud?.....	1	2	3	
Seguro de FF.AA./ Policiales?.....	1	2	3	
Seguro Integral de Salud? ...	1	2	3	4

OBSERVACIONES