Formulario encuesta población general Ministerio de Salud

Departamento

- ◯ Amazonas
- ◯ Antioquia
- ◯ Arauca
- ◯ Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina
- ◯ Atlántico
- ◯ Bogotá D.C
- ◯ Bolívar
- ◯ Boyacá
- ◯ Caldas
- ◯ Caquetá
- ◯ Casanare
- ◯ Cauca
- ◯ Cesar
- ◯ Chocó
- ◯ Córdoba
- ◯ Cundinamarca
- ◯ Guainía
- ◯ Guaviare
- ◯ Huila
- ◯ La Guajira
- ◯ Magdalena
- ◯ Meta
- ◯ Nariño
- ◯ Norte de Santander
- ◯ Putumayo
- ◯ Quindío
- ◯ Risaralda
- ◯ Santander
- ◯ Sucre
- ◯ Tolima

- ◯ Valle del Cauca
- ◯ Vaupés
- ◯ Vichada

Ciudad

Clase

ENC. REGISTRE DE ACUERDO A ZONA ASIGNADA

- ◯ Urbano
- ◯ Rural

(ENC. ANTES DE CONTINUAR, VERIFIQUE SI EN LA ENCUESTA A REALIZAR EN EL HOGAR ABORDADO HACE REFERENCIA A MENORES DE 18 AÑOS, MAYORES DE 80 AÑOS O CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD O ALGUNA CONDICIÓN QUE LE IMPIDA CONTESTAR LA ENCUESTA POR SI MISMO; DE CUMPLIRSE ESTA CONDICIÓN, RECUERDE QUE LA METODOLOGIA DE RECOLECCIÓN ES INFORMANTE IDÓNEO, POR LO CUAL DEBE PREGUNTAR EL BLOQUE A).

A. (ENC. NO PREGUNTAR) La persona que busca encuestar es... (ENC. VALIDAR CON CUOTA ASIGNADA)

- ◯ Menor de 18 años
- ◯ Entre 18 años a menor de 80 años
- ◯ Entre 80 años o más

ENC. SOLICITE COMUNICARSE CON UNA PERSONA MAYOR DE EDAD QUE SEA LA QUE ACOMPAÑE HABITUALMENTE AL AFILIADO A TOMAR LOS SERVICIOS DE SALUD

ENC. PERSONA QUE RESPONDE EL CUSTIONARIO ES QUIEN USO EL SERVICIO DEL SGSSS Y DEBE ESTAR EN CAPACIDAD DE RESPONDER LA ENCUESTA Y APLIQUE BLOQUE B

ENC. SOLICITE COMUNICARSE CON UNA PERSONA MAYOR DE EDAD QUE SEA LA QUE ACOMPAÑE AL AFILIADO A TOMAR LOS SERVICIOS DE SALUD; APLIQUE BLOQUE A

Hay algún mayor de edad que pueda tomar la encuesta?

- ◯ Si
- ◯ No

A1. (ENC. NO PREGUNTAR, NO APLIQUE SI EN A CONTESTÓ LOS CÓDIGOS 01 0 03)¿El encuestado tiene algún tipo de discapacidad que le impida contestar la encuesta el mismo? (ENC.RU)

- ◯ Si
- ◯ No

Hay algún mayor de edad que pueda tomar la encuesta?

- Si
- No

Buenos días/ tardes/ noches, mi nombre es (ENC: MENCIONE SU NOMBRE) y trabajo con SIGMADOS- BIOESTADISTICA , empresas dedicadas a conocer la opinión de las personas mediante diferentes encuestas. En esta ocasión fuimos contratados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la aplicación de una encuesta de evaluación del servicio de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del país. La duración aproximada de la encuesta es de 30 minutos; ¿le gustaría participar en este estudio?

- Si
- No

Edad

Le informamos que ninguno de sus datos será revelado, todos serán confidenciales y usados para fines estadísticos de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 o también conocida como ley Habeas Data, la cual regula el correcto tratamiento de la información confidencial de los colombianos. De igual manera, si lo desea puede comunicarse al teléfono en Bogotá 601-3305000 EXT 2185 o 2180 con el funcionario Wilman Bonett Molina, Profesional especializado de la Oficina de Calidad del Misterio de Salud y Protección Social.

BLOQUE A: INFORMANTE IDÓNEO

ENC. APLIQUE ESTE BLOQUE SÓLO SI EN PREGUNTA A, CONTESTÓ LOS CÓDIGOS 01 O 03/ SI EN FILTRO A1 CONTESTÓ EL CÓDIGO 01

ENC. LEA Para iniciar, le voy a realizar algunas preguntas sobre usted y su relación con el afiliado

B. Me podría confirmar su nombre completo:
NOMBRE DEL INFORMANTE

C. ¿Cuántos años tiene? (ENC. RU, REGISTRE EDAD EXACTA Y CON BASE AL MISMO, REGISTRE RANGO)

D. ¿Qué parentesco tiene con el afiliado? (ENC. RU)

- ◯ Padre/madre
- ◯ Hermano(a)
- ◯ Abuelo(a)
- ◯ Primo(a)
- ◯ Otro familiar ¿cuál? (tíos, bisabuelos, padrastro, madrastra, hermanastro, cuñado o similares)
- ◯ No es un miembro de la familia (Empleada doméstica/nana, amigo, roomie, colega o similares)

BLOQUE B: FILTROS

(ENC. SI CONTESTÓ EN PREGUNTA A LOS CÓDIGOS 01 Y 03/ SI EN FILTRO A1 CONTESTÓ EL CÓDIGO 01, ACLARE QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTÁ CONSIGNANDO EN LA ENCUESTA ES DE LA PERSONA QUE ESTÁ REPRESENTANDO, NO DE ÉL MISMO)

ENC. LEA A continuación le voy a realizar algunas preguntas para conocer un poco de la relación con la prestación de los servicios de salud a los que tiene acceso usted/ o la persona que representa en esta encuesta…

E. Indique su sexo (de nacimiento) ENC. RESPUESTA ÚNICA; REGISTRE EN DEMOGRÁFICOS

- ◯ Hombre
- ◯ Mujer
- ◯ Indeterminado

F. ¿Está afiliado(a) (cotizante o beneficiario[a]) a alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad promotora de salud [EPS] o entidad promotora de salud subsidiada [EPS-S]) (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

Quien ?

G. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a)? (ENC. RU)

- Contributivo/cotizante
- Contributivo/beneficiario
- Subsidiado/SISBEN
- Subsidiado/INDÍGENA
- Fuerza militar/Policía
- Magisterio/docente
- Universidades
- Ferrocarriles Nacionales
- Ecopetrol
- Ninguno de los anteriores-No asegurado
- Otra

H. Además de la EPS a la que está afiliado, ¿Con qué otro plan de salud cuenta actualmente?

- Medicina Prepagada
- Plan complementario
- Otro servicio privado de salud
- Ninguno

I. ¿En los últimos 6 meses usted ha hecho uso de algún servicio, administrativo o de salud, de la EPS / IPS a la que se encuentra afiliado? (ENC. RU)

- Si
- No

J. ¿Por qué no acudió a la Institución asignada por su asegurador o al hospital público en caso de no contar con aseguramiento (EPS)?

- [ ] Falta de dinero para pagar la cita o transportarse a la IPS
- [ ] No había agenda o demora en la asignación de la cita o muchos trámites para la cita
- [ ] Llamó a pedir la cita y nunca le contestaron
- [ ] Le hacen esperar mucho para atenderlo (largas filas o teléfono sin contestar o lo demoran en el teléfono)
- [ ] Automedicación o autocuidado, Usó remedios caseros o se automedicó
- [ ] Preferencia de otra Institución de salud
- [ ] No hay oficina de atención al usuario o promotor de la EPS en su zona
- [ ] No hay convenio con centro de atención o IPS
- [ ] En el centro de salud – IPS le dijeron que la EPS (no ha pagado)
- [ ] No le cubrían o no le autorizaron la atención
- [ ] El centro de atención - IPS queda lejos
- [ ] No confía en los profesionales de la salud
- [ ] El caso era leve
- [ ] No tuvo tiempo

K. Cuando necesita atención en salud de rutina, ¿hay alguna persona o lugar al que suela acudir normalmente? Ejemplos: tensión alta, azúcar alta en la sangre, embarazo inicial, exámenes de laboratorio, etc.

- ◯ Si
- ◯ No

L. ¿A dónde asistió para recibir la atención en salud requerida?

- [ ] 1. Promotor de la EPS
- [ ] 2. Curandero tradicional, médico tradicional, rezandero, sanadores, parteras, sobandero, etc.
- [ ] 3. Puesto o centro de salud
- [ ] 4. Profesional de la salud privado (pagado con sus recursos)
- [ ] 5. Acudió a una tienda naturista, farmaceuta, droguista
- [ ] 6. Hospital público
- [ ] 7. Hospital o clínica privada
- [ ] 8. Proveedor de telemedicina (consulta con profesionales a través de medios digitales)
- [ ] 9. Usó remedios caseros o se automedicó
- [ ] 10. Otros (ESPECIFIQUE

Cual ?

_____

M. ¿Cuál ha sido el o los principales(es) motivo(s) por el que no ha hecho uso de estos servicios? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA -MULTIPLE; REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS) TARJETA 1

- [ ] No hay oficina de atención al usuario o promotor de la EPS en su zona
- [ ] No hay convenio con centro de atención
- [ ] En el centro de salud le informan que la EPS "no ha pagado"
- [ ] Muchos trámites para la cita
- [ ] No le cubrían o no le autorizaron la atención
- [ ] El centro de atención queda lejos
- [ ] No confía en los médicos
- [ ] Falta de dinero
- [ ] Consultó antes y no le resolvieron el problema
- [ ] Llamó y nunca le contestaron
- [ ] No había agenda
- [ ] Demora en la asignación de la cita
- [ ] Demora en la atención en el sitio "administrativo"
- [ ] Le hacen esperar mucho para atenderlo "clínica"
- [ ] El caso era leve
- [ ] No tuvo tiempo
- [ ] No ha necesitado utilizar los servicios (administrativo o de salud)
- [ ] Se encuentra en proceso de cambio de EPS

N. En los últimos seis meses, ¿hubo algún momento en el que tuvo un problema de salud y requería atención médica, pero decidió – prefirió no acudir al servicio médico?

- ◯ Si
- ◯ No

O. ¿Por qué decidió no obtener atención médica?

- [ ] Motivos económicos
- [ ] Responsabilidades domésticas
- [ ] Responsabilidades en el cuidado de los hijos
- [ ] Desconfianza en el sistema de salud
- [ ] Compromisos laborales
- [ ] Distancia al centro o institución de salud
- [ ] Tiempos de espera
- [ ] Automedicación o enfermedad leve o autolimitada
- [ ] Incertidumbre sobre dónde acceder al servicio
- [ ] Maltrato o mala atención por parte del personal de salud/administrativo
- [ ] Servicio, medicamentos y equipos no disponibles
- [ ] Otros

Cuales ?

BLOQUE C: FORMULARIO IDENTIFICACIÓN EPS

ENC. LEA Ahora vamos a conversar un poco sobre la EPS a la cual usted/ la persona que representa en esta encuesta se encuentra afiliado

1. ¿A qué EPS se encuentra afiliado actualmente? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA)

- ◯ COOSALUD EPS-S
- ◯ NUEVA EPS
- ◯ MUTUAL SER
- ◯ SALUD MIA
- ◯ ALIANSALUD EPS
- ◯ SALUD TOTAL EPS S.A.
- ◯ EPS SANITAS
- ◯ EPS SURA
- ◯ FAMISANAR
- ◯ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS
- ◯ COMFENALCO VALLE
- ◯ COMPENSAR EPS
- ◯ CAJACOPI ATLANTICO
- ◯ CAPRESOCA
- ◯ COMFACHOCO
- ◯ COMFAORIENTE
- ◯ EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
- ◯ ASMET SALUD
- ◯ EMSSANAR E.S.S.
- ◯ CAPITAL SALUD EPS-S
- ◯ SAVIA SALUD EPS
- ◯ DUSAKAWI EPSI
- ◯ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI
- ◯ ANAS WAYUU EPSI
- ◯ MALLAMAS EPSI
- ◯ PIJAOS SALUD EPSI
- ◯ Otra

(ENC. SI SE REGISTRA LA OPCIÓN OTRO CUAL EN P1, REGISTRE EPS, TERMINE ENCUESTA Y REGISTRE CONTACTO NO EFECTIVO)

_____

Cual ?

_____

1a. ¿Cuánto tiempo lleva afiliado a la EPS ENC Poner años y si lleva menos de 1 año poner meses

_____

Años

_____

Meses

_____

1b. La última vez que usted utilizó el servicio, administrativo y/o de salud de la EPS, ¿estaba usted afiliado a esta misma EPS? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

1b1. ¿En cuál EPS se encontraba afiliado?

- COOSALUD EPS-S
- NUEVA EPS
- MUTUAL SER
- SALUD MIA
- ALIANSALUD EPS
- SALUD TOTAL EPS S.A.
- EPS SANITAS
- EPS SURA
- FAMISANAR
- SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS
- COMFENALCO VALLE
- COMPENSAR EPS
- CAJACOPI ATLANTICO
- CAPRESOCA
- COMFACHOCO
- COMFAORIENTE
- EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
- ASMET SALUD
- EMSSANAR E.S.S.
- CAPITAL SALUD EPS-S
- SAVIA SALUD EPS
- DUSAKAWI EPSI
- ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI
- ANAS WAYUU EPSI
- MALLAMAS EPSI
- PIJAOS SALUD EPSI
- Otra

1b2. ¿En cuál régimen de seguridad social de salud se encontraba afiliado? ENC. RU

- Contributivo/cotizante
- Contributivo/beneficiario
- Subsidiado/SISBEN
- INDÍGENA
- Fuerza militar/Policía
- Magisterio/docente
- Ecopetrol
- Ferrocarriles nacionales
- Ninguno de los anteriores-No asegurado

1c.¿Usted escogió libremente su EPS? (ENC. RU)

- Si
- No

1d. ¿Cuál es el principal motivo por el cual se encuentra afiliado a su EPS actual? (ENC. RESPUESTA ÚNICA Y ESPONTANEA)

- La seleccionó el empleador
- La seleccionó otra persona (familiar, amigo o conocido)
- Sólo existe esa opción en la ciudad (oferta única en el territorio)
- Por unificación familiar
- Le gusta la EPS
- Se la recomendaron
- Transferencia por Intervención de la EPS
- Intervención de la EPS
- Otro motivo ¿cuál?

Cual ?

BLOQUE D: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL USUARIO

ENC. LEA En este bloque le voy a realizar algunas preguntas que me permitirán tener un perfil del tipo de afiliado que es usted/ la persona por la cual contesta esta encuesta

2. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos; es o se reconoce como (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Indígena
- ◯ Gitano (ROM)
- ◯ Raizal del archipiélago
- ◯ Palenquero san basilio
- ◯ Negro
- ◯ Mulato
- ◯ Afrocolombiano
- ◯ Ninguno de los anteriores

3. ¿Cuál es su estado civil? (ENC.RU)

- ◯ Casado
- ◯ Separado o divorciado
- ◯ Viudo
- ◯ Unión libre
- ◯ Soltero

4. ¿Tiene hijos?

- ◯ Si
- ◯ No

5. ¿Está actualmente embarazada? (ENC.RU)

- ◯ Si
- ◯ No

6. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Preescolar
- ◯ Básica primaria (Primero hasta quinto)
- ◯ Básica secundaria (Sexto hasta noveno)
- ◯ Media (décimo y once)
- ◯ Técnico
- ◯ Tecnólogo
- ◯ Universitario sin título
- ◯ Universitario con título
- ◯ Postgrado sin título
- ◯ Postgrado con título
- ◯ Ninguno
- ◯ No sabe

8. ¿Cuál es el estrato socioeconómico que registra en las facturas de su hogar o lugar de residencia? (ENC. RU, ACLARE QUE PUEDE VERIFICARLO MEDIANTE EL RECIBO DE LA LUZ)

- ◯ Estrato 1
- ◯ Estrato 2
- ◯ Estrato 3
- ◯ Estrato 4
- ◯ Estrato 5
- ◯ Estrato 6
- ◯ Indeterminado/Sin estrato

9. ¿A qué actividad dedica la mayor parte del tiempo? (ENC.LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Estudiar
- ◯ Trabajar
- ◯ Estudia y trabaja
- ◯ Oficios del hogar
- ◯ Buscar trabajo, es desempleado
- ◯ Pensionado/renta
- ◯ Otra actividad

BLOQUE E: INFORMACIÓN, EMPODERAMIENTO Y CORRESPONSABILIDAD DEL USUARIO

ENC.LEA Las siguientes preguntas que le voy a realizar, nos permitirán entender el nivel de acceso a la información que entrega la EPS a sus afiliados y los hábitos que tienen los mismos para cuidar de su salud.

---

10 ¿La EPS le ha dado a conocer información sobre La carta de derechos y deberes? (ENC.MOSTRAR TARJETA CARTA DERECHOS Y DEBERES, LEER DESCRIPCIÓN JUNTO AL ENCUESTADO, RU)

La carta de derechos y deberes: Contiene información sobre sus derechos y deberes como afiliado y paciente, los sitios y horarios donde se encuentran las oficinas administrativas de la EPS, Hospitales o Clínicas a las que puede ir, cómo solicitar o tramitar las autorizaciones, valor de los copagos o cuotas moderadoras, programas sobre hábitos saludables de vida y prevención de enfermedades, y otros temas similares.

- ◯ Si
- ◯ No

10a. ¿Ha utilizado dicha información de La carta de derechos y deberes? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

10b. Teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 5 donde 1 es nada útil y 5 muy útil ¿Qué tan útil considera que es la información que le ha entregado la EPS sobre La carta de derechos y ¿Deberes? (ENC. RU)

- ◯ Nada útil
- ◯ Poco útil
- ◯ Medianamente útil
- ◯ Útil
- ◯ Muy útil

10c. ¿La EPS le ha dado a conocer información sobre La carta de desempeño de la EPS? LEER DESCRIPCIÓN JUNTO AL ENCUESTADO, RU)

La carta de desempeño de la EPS: Contiene información de los resultados de calidad de la EPS, el puesto que ocupa en el listado de EPS del País, si los hospitales o clínicas con quien tiene convenio están acreditados, las sanciones que ha recibido, entre otros.

- ◯ Si
- ◯ No

10d. ¿Ha utilizado dicha información de La carta de desempeño de la EPS? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

10e. Teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 5 donde 1 es Nada útil y 5 Muy útil ¿Qué tan útil considera que es la información que le ha entregado la EPS sobre La carta de desempeño de EPS? (ENC. RU)

- Nada útil
- Poco útil
- Medianamente útil
- Útil
- Muy útil

11. ¿Sabe usted que debe realizar un pago (cuota moderadora, copago o cuota de recuperación) por el uso de servicios de salud (consultas, procedimientos, exámenes, entrega de medicamentos)? (ENC.RU)

- Si
- No

12. ¿En los últimos 6 meses tuvo que dejar de asistir a alguna cita médica? (ENC.RU)

- Si
- No

13. ¿Qué acción realizó al dejar de asistir a la cita médica ? (ENC.RU)

- Canceló la cita con anticipación
- Intentó cancelar la cita pero no fue posible
- Solo dejó de asistir a la cita

BLOQUE F: ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ENC. LEA Ahora vamos a conversar sobre su estado de salud en general y el nivel de utilización de los servicios a los cuales tiene acceso con su EPS

---

14. Teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 5 donde 1 es Muy malo y 5 Muy bueno, en general ¿Cómo califica su estado de salud actual? (ENC. LEER OPCIONES, RU POR CADA OPCIÓN)

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

15. Cuales de las siguientes condiciones medicas ?

---

a. Enfisema o EPOC (Enfermedad Pulmonar Crónica)

- ◯ Si
- ◯ No

b. Trastornos mentales y del comportamiento (Depresión, Esquizofrenia, Bipolar, otro)

- ◯ Si
- ◯ No

c. Diabetes

- ◯ Si
- ◯ No

d. Hipertensión

- ◯ Si
- ◯ No

e. Problemas cardíacos

- ◯ Si
- ◯ No

f. Enfermedad renal

- ◯ Si
- ◯ No

g. Cáncer

- ◯ Si
- ◯ No

h. VIH / SIDA

- ◯ Si
- ◯ No

i. Enfermedad autoinmune (Lupus, fibromialgia)

- ◯ Si
- ◯ No

j. Enfermedades endocrinas (Hipotiroidismo, hipertiroidismo)

- ◯ Si
- ◯ No

16. De la(s) anterior(es) condición(es) médicas que sufre, ¿cada cuanto tiene control ?

l. Enfisema o EPOC (Enfermedad Pulmonar Crónica)

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

m. Trastornos mentales y del comportamiento (Depresión, Esquizofrenia, Bipolar, otro)

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

n. Diabetes

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

o. Hipertensión

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

p. Problemas cardíacos

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

q. Enfermedad renal

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

r. Cáncer

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

s. VIH / SIDA

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

t. Enfermedad autoinmune (Lupus, fibromialgia)

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

u. Enfermedades endocrinas (Hipotiroidismo, hipertiroidismo)

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada Tres meses
- Cada Seis meses
- Casi nunca / Nunca

17. En los últimos seis (6) meses, ¿acudió a algún servicio de salud por enfermedad, accidente, urgencias o problema odontológico? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

17.a. Para resolver el (los) problema(s) de salud, ¿acudió en todas las ocasiones a la EPS a la cual es afiliado(a)? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

17.b. Para tratar el problema de salud, por el cual no solicitó o no recibió atención médica de la IPS, ¿qué hizo principalmente...? (ENC. RESPUESTA MÚLTIPLE)

- ☐ Acudió de forma particular a un servicio de salud
- ☐ Acudió a un médico naturista, farmaceuta, droguista
- ☐ Usó remedios caseros
- ☐ Se auto recetó
- ☐ Acudió a un médico tradicional
- ☐ rezandero, curandero, sanadores, parteras, sobandero, etc.
- ☐ Nada

17.c. ¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o no recibió atención médica de la EPS, para tratar este problema de salud? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MULTIPLE)

- ☐ No hay oficina de atención al usuario o promotor de la EPS en su zona
- ☐ No hay convenio con centro de atención o IPS
- ☐ En el centro de salud – IPS le dijeron que la EPS "no ha pagado"
- ☐ Muchos trámites para la cita
- ☐ No le cubrían o no le autorizaron la atención
- ☐ El centro de atención - IPS queda lejos
- ☐ No confía en los profesionales de la salud
- ☐ Llamó a pedir la cita y nunca le contestaron
- ☐ No había agenda
- ☐ Demora en la asignación de la cita
- ☐ Le hacen esperar mucho para atenderlo (largas filas o teléfono sin contestar o lo demoran en el teléfono)
- ☐ El caso era leve
- ☐ No tuvo tiempo
- ☐ Falta de dinero
- ☐ Otro ¿cuál?

Cual ?

18. En los últimos 6 meses ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud ha utilizado a través de la red de prestadores de su EPS? (ENC. LEER OPCIONES Y REGISTRE SEGÚN CORRESPONDA, RM POR ATRIBUTO)

a. Consulta prioritaria

- ◯ Si
- ◯ No

b. Consulta de medicina general

- ◯ Si
- ◯ No

c. Consulta con médico familiar

- ◯ Si
- ◯ No

d. Consulta de medicina interna: internista

- ◯ Si
- ◯ No

e. Consulta de cirugía general

- ◯ Si
- ◯ No

f. Consulta de pediatría

- ◯ Si
- ◯ No

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

- ◯ Si
- ◯ No

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

- ◯ Si
- ◯ No

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

- ◯ Si
- ◯ No

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

- ◯ Si
- ◯ No

k. Odontología

- ◯ Si
- ◯ No

l. Exámenes de laboratorio

- ◯ Si
- ◯ No

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

- ◯ Si
- ◯ No

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

- ◯ Si
- ◯ No

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

- ◯ Si
- ◯ No

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

- ◯ Si
- ◯ No

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

- ◯ Si
- ◯ No

r. Urgencias y hospitalización

- ◯ Si
- ◯ No

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

- ◯ Si
- ◯ No

18a. De estos servicios que ha utilizado ¿Cuál de las siguientes opciones refleja la forma como ha accedido a ellos? ENC. LEER OPCIONES DE RESPUESTA, RU POR ATRIBUTO (BLOQUEAR ALGUNAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA ALGUNOS SERVICIOS)

---

a. Consulta prioritaria

- ◯ PRESENCIAL (sede prestadora)
- ◯ EN SU DOMICILIO
- ◯ VIRTUAL
- ◯ TELEFONICO

b. Consulta de medicina general

- ◯ PRESENCIAL (sede prestadora)
- ◯ EN SU DOMICILIO
- ◯ VIRTUAL
- ◯ TELEFONICO

c. Consulta con médico familiar

- ◯ PRESENCIAL (sede prestadora)
- ◯ EN SU DOMICILIO
- ◯ VIRTUAL
- ◯ TELEFONICO

d. Consulta de medicina interna: internista

- ◯ PRESENCIAL (sede prestadora)
- ◯ EN SU DOMICILIO
- ◯ VIRTUAL
- ◯ TELEFONICO

e. Consulta de cirugía general

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

f. Consulta de pediatría

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

- PRESENCIAL (sede prestadora)
- EN SU DOMICILIO
- VIRTUAL
- TELEFONICO

18b.En promedio ¿Cuántos minutos le ha tomado el desplazamiento desde su lugar de residencia hasta el lugar donde fue a tomar los siguientes servicios ?(ENC. LEER CADA UNA DE LAS OPCIONES MENCIONADAS EN P18A, REGISTRE RESPUESTA EN MINUTOS, NO ACEPTE RANGOS; SI LE DA UNA RESPUESTA EN FRANJAS DE TIEMPO DE 1 HORA, CONVIERTA)

HORAS o MINUTOS

a. Consulta prioritaria

b. Consulta de medicina general

c. Consulta con médico familiar

d. Consulta de medicina interna: internista

e. Consulta de cirugía general

f. Consulta de pediatría

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

k. Odontología

l. Exámenes de laboratorio

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

r. Urgencias y hospitalización

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

19. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno, ¿Cómo califica el servicio? (ENC. LEER OPCIONES, ACLARE AL ENCUESTADO QUE EVALÚE LA ÚLTIMA VEZ QUE USÓ ESE SERVICIO EN LOS ULTIMOS MESES EN SU EPS

a. Consulta prioritaria

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

b. Consulta de medicina general

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

c. Consulta con médico familiar

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

d. Consulta de medicina interna: internista

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

e. Consulta de cirugía general

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

f. Consulta de pediatría

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

k. Odontología

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

l. Exámenes de laboratorio

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

r. Urgencias y hospitalización

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

20. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que solicitó el servicio hasta que recibió la atención (ENC. LEER OPCIONES, RU POR OPCIÓN, NO ACEPTE RANGOS; REGISTRE RESPUESTA SEGÚN MEDIDA DE TIEMPO, SI LA RESPUESTA ES EN MESES CONVIERTA A 30 DÍAS. ACLARE AL ENCUESTADO QUE EVALÚE LA ÚLTIMA VEZ QUE USÓ ESE SERVICIO EN SU ACTUAL EPS)

Días, horas o minutos

_____

a. Consulta prioritaria

_____

b. Consulta de medicina general

_____

c. Consulta con médico familiar

_____

d. Consulta de medicina interna: internista

_____

e. Consulta de cirugía general

_____

f. Consulta de pediatría

_____

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

_____

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

_____

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

_____

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

_____

k. Odontología

l. Exámenes de laboratorio

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

r. Urgencias y hospitalización

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

21. Teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 5, donde 1 es "Muy largo y 5 "Muy corto" ¿Cómo considera que fue el tiempo de espera entre la solicitud y el día que le programaron la atención...? (ENC. LEER OPCIONES, RU POR OPCIÓN)

a. Consulta prioritaria

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

b. Consulta de medicina general

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

c. Consulta con médico familiar

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

d. Consulta de medicina interna: internista

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

e. Consulta de cirugía general

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

f. Consulta de pediatría

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros.

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

k. Odontología

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

l. Exámenes de laboratorio

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

r. Urgencias y hospitalización

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

- Muy largo
- Largo
- Ni largo ni corto
- Corto
- Muy Corto

22 ¿En los últimos 6 meses en cual(es) de los siguientes servicios intento solicitar una cita y no lo consiguió? ENC. LEER OPCIONES, RU POR OPCIÓN)

---

a. Consulta prioritaria

- Si
- No

b. Consulta de medicina general

- Si
- No

c. Consulta con médico familiar

- Si
- No

d. Consulta de medicina interna: internista

- Si
- No

e. Consulta de cirugía general

- Si
- No

F. Consulta de pediatría

- Si
- No

g. Consulta de obstetricia - control embarazo

- Si
- No

h. Consulta de ginecología, sin incluir embarazo

- Si
- No

i. Otras consultas de medicina especializada (cardiología, dermatología, neurología, urología, oncología, endocrinología, otros)

- Si
- No

j. Otras consultas de cirugía general: ortopedia, neurocirugía, cirugía oncológica, anestesiología y otros

- Si
- No

k. Odontología

- Si
- No

l. Exámenes de laboratorio

- Si
- No

m. Imágenes o procedimientos diagnósticos

- Si
- No

n. Procedimiento quirúrgico ambulatorio

- ◯ Si
- ◯ No

o. Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

- ◯ Si
- ◯ No

p. Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje

- ◯ Si
- ◯ No

q. Citas a los programas de promoción de salud y detección temprana como: salud visual, salud mental, crónicos, vacunación, control prenatal, planificación familiar entre otros

- ◯ Si
- ◯ No

r. Urgencias y hospitalización

- ◯ Si
- ◯ No

s. Atendido en casa-domicilio por equipo de salud

- ◯ Si
- ◯ No

23. ¿ Cuáles fueron las razones que le dieron al momento en que le informaron que no había agenda ? (RM-viene de la anterior pregunta))

- ☐ Le informaron que abren la agenda más adelante
- ☐ El profesional de la salud tuvo alguna situación personal que le impidió atender al paciente
- ☐ No hay contrato de ese servicio
- ☐ El profesional de la salud solo asiste en unas fechas especificas
- ☐ Las instalaciones donde se realizaba la atención no podían prestar el servicio
- ☐ Por razones externas de emergencias (emergencias naturales, orden público, etc.)
- ☐ Otro

24. ¿En los últimos 6 seis meses ¿ con qué frecuencia le han cancelado algún servicio de salud que ya tuviera agendado? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- Una 1 vez
- de 2 a 3 veces
- De 4 a 5 veces
- Mas de 6 veces
- Nunca

25. Teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 4, donde 1 es "Nunca" y 4 "Siempre" ¿qué tan a menudo el médico general o médico tratante realiza las siguientes acciones cuando usted necesita tratamiento o atención médica

---

a. Le dedica suficiente tiempo

- Nunca
- Pocas veces
- Casi siempre
- Siempre
- NR

b. Lo involucra, tanto como usted quiere, en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento

- Nunca
- Pocas veces
- Casi siempre
- Siempre
- NR

c. Le da explicaciones claras relacionadas con la consulta médica

- Nunca
- Pocas veces
- Casi siempre
- Siempre
- NR

d. Conoce aspectos importantes de su historia clínica

- ◯ Nunca
- ◯ Pocas veces
- ◯ Casi siempre
- ◯ Siempre
- ◯ NR

26. De las siguientes opciones que le voy a leer ¿Cuál es la más eficaz para lograr solicitar regularmente sus citas en su EPS/IPS? (ENC.LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Presencial con asignación de fichas o turnos
- ◯ Presencial en módulo de atención
- ◯ Por teléfono
- ◯ Por internet (incluye aplicación móvil)
- ◯ WhatsApp
- ◯ Chatbot
- ◯ Otro, cual ?

Cual ?

_____

27. ¿Por qué utiliza regularmente la opción seleccionada para solicitar sus citas médicas? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE, REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES)

- ☐ Por preferencias particulares (gusto, comodidad, más efectiva))
- ☐ No conoce el funcionamiento de las otras opciones
- ☐ Las otras opciones no son efectivas
- ☐ La EPS/IPS no me brinda otro canal
- ☐ No tiene acceso a otros canales
- ☐ Otro ¿cuál?

Cual ?

_____

BLOQUE G: URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

ENC.LEA A continuación le voy a realizar unas preguntas relacionadas con el servicio de urgencias y de hospitalización al cual tiene acceso como afiliado

_____

28. ¿Sabe usted que los servicios de urgencias cuentan con un sistema de selección y clasificación de pacientes, denominado "triage" (¿ENC? ¿SE LEE TRIACH), con el cual se define la prioridad de atención de los pacientes? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

29. En los casos donde su problema de salud no clasifica como urgencia ¿En algún momento su IPS o centro de salud, le ha indicado con qué alternativas de atención cuenta para evitar acudir al servicio de urgencias? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

29a. ¿con cuáles alternativas cuenta? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE; REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- ☐ Consulta prioritaria
- ☐ Consulta programada
- ☐ Otra ¿cuál?

Cual ?

_____

30. ¿En los últimos 6 meses acudió al servicio de urgencias? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

31.¿Por cuál de las siguientes razones utilizó el servicio de urgencias? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Tuvo un accidente
- ◯ Sin que fuera un accidente, sintió que su estado de salud era grave o podía tener consecuencias graves
- ◯ Por dificultad en el acceso a cita de consulta programada
- ◯ Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados
- ◯ Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

32. La última vez que utilizó el servicio de urgencias, ¿a qué tipo de institución acudió? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ A un hospital o clínica local, puesto o centro de salud de su municipio, en donde se brinda atención básica (en este se prestan servicios generales de salud por un médico general, auxiliares de la salud o profesionales de la salud no especializados) (Baja complejidad)
- ◯ A un hospital o clínica especializado en donde se prestan servicios de alta complejidad (estos cuentan con gran número de médicos especialistas, se realizan procedimientos quirúrgicos y tienen capacidad para practicar exámenes diagnósticos básicos y especializados) (Media y Alta complejidad)

33. ¿Cuándo asistió al servicio de urgencias, lo atendieron?"

- Si
- No

34. ¿Cuál fue la razón principal por la que no recibió atención médica en el servicio de urgencias? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- Le confirmaron que su problema de salud no clasificaba como urgencia, por lo cual le recomendaron solicitar una cita médica prioritaria
- Indicaron que allí no lo podían atender porque la EPS a la que está afiliado no tiene contrato con ellos
- Esperó demasiado tiempo
- Le informaron que la EPS no le ha pagado su centro de atención o prestador
- Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo
- Le informaron que usted estaba en mora
- No sabe

35. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido(a) por personal médico? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA; REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS-)

- Lo atendieron inmediatamente
- En máximo 30 minutos
- Entre 31 minutos y 4 horas
- Entre 4 horas y 6 horas
- Más de 6 horas

36. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno, ¿Cómo califica el servicio de urgencias? (ENC. RU)

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

37. Dado su problema de salud, ¿requirió ser remitido a otra institución para hospitalización? (ENC. RU)

- Si
- No

37a. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que le notificaron que debía ser remitido a otra institución hasta el momento en que lo admitieron en la otra institución? (ENC. RU, NO ACEPTE RANGOS; REGISTRE RESPUESTA SEGÚN MEDIDA DE TIEMPO, SI LA RESPUESTA ES EN MESES CONVIERTA A 30 DÍAS. ACLARE QUE PUEDE DAR SU RESPUESTA EN DIAS, HORAS O MINUTOS

38. Derivada de la consulta de urgencias, ¿requirió usted hospitalización dentro de la misma institución? (ENC.RU)

- Si
- No

38a. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento en que se le informó que debía ser hospitalizado hasta el momento en que se instaló en la habitación de hospitalización? (ENC. RU, NO ACEPTE RANGOS; REGISTRE RESPUESTA SEGÚN MEDIDA DE TIEMPO, SI LA RESPUESTA ES EN MESES CONVIERTA A 30 DÍAS. ACLARE QUE PUEDE DAR SU RESPUESTA EN DIAS, HORAS O MINUTOS

_____

39. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno, ¿Cómo califica el servicio de hospitalización? (ENC. RU)

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

BLOQUE H: ENTREGA DE MEDICAMENTOS

ENC.LEA Continuando con nuestra evaluación de la experiencia que ha tenido con su EPS , le voy a realizar algunas preguntas relacionadas con el servicio de entrega de medicamentos

_____

40. ¿En los últimos 6 meses le ordenaron medicamentos? (ENC.RU)

- Si
- No

40a. ¿Alguno(s) de estos medicamentos no están cubiertos en su plan de beneficios (No POS / Mipres)? (ENC.RU)

- Si
- No
- No sabe

41. ¿Solicitó a la EPS los medicamentos que le ordenaron? (ENC.RU)

- Si
- No

42. ¿Por qué no solicitó los medicamentos? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA, REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- No tuvo tiempo
- Tenía el medicamento en la casa
- Porque le salía más costoso el copago
- Muchos trámites administrativos
- Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

43. ¿Requirió autorización para acceder a alguno de estos medicamentos? (ENC. RU)

- Si
- No

44. ¿Le autorizaron los medicamentos? (ENC. RU)

- Si
- No

45. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento en que solicitó la autorización de los medicamentos ante la EPS, hasta el momento en que le dieron la autorización? (ENC. RU, NO ACEPTE RANGOS; REGISTRE RESPUESTA SEGÚN MEDIDA DE TIEMPO, SI LA RESPUESTA ES EN MESES CONVIERTA A 30 DÍAS. ACLARE QUE PUEDE DAR SU RESPUESTA EN DIAS, HORAS O MINUTOS, PERO SÓLO PUEDE DILIGENCIAR UNA CASILLA)

_____

46. ¿Por qué le negaron la autorización para los medicamentos? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA; REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- Le dijeron que no está incluido en su plan de beneficios
- Le dijeron que no tenía los documentos requeridos para pedir la autorización
- Le dijeron que estaba en mora
- Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

47. ¿Le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó? (ENC. RU)

- Si
- No

48. ¿Le ofrecieron la posibilidad de entregarle los medicamentos faltantes a domicilio? (ENC. RU

- Si
- No

49. ¿Aceptó usted esa opción de entrega? (ENC. RU)

- Si
- No

50. ¿Le llegaron los medicamentos faltantes al domicilio? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- Sí, todos
- Si, algunos
- No

51. ¿Cuántos días se tardó el domicilio con los medicamentos faltantes? (ENC. RESPUESTA ESPÓNTÁNEA Y ÚNICA, NO ACEPTE RANGOS)

DIAS

52. ¿Cómo obtuvo los medicamentos que no le entregaron o no le autorizaron? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA; REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- Nunca obtuvo los medicamentos
- Le quedaron faltando algunos medicamentos
- Los compró por su cuenta
- Se los entregaron todos con la segunda visita
- Se los entregaron todos en diferentes días

BLOQUE I: PROTECCIÓN FINANCIERA

ENC. LEA Ahora, le voy a realizar unas preguntas relacionadas con la forma como los afiliados a las EPS acostumbran a cubrir los costos de los servicios/ procedimientos que requieren al solicitar atención médica en sus EPS

53. En los últimos 6 meses, para cubrir los costos de consulta médica, exámenes o medicamentos, ¿Utilizó recursos propios y/o familiares? (Diferentes a Copagos, Cuotas moderadoras, Cuotas de recuperación) (ENC. RU)

- Si
- No

54. En los últimos seis meses, cual fue el valor que tuvo que incurrir para los siguientes servicios:

Medicina general

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Medicina especializada

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Odontología

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Medicamentos

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Exámenes de laboratorio

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Pruebas diagnosticas

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

Viáticos y transportes

- 1 – 50.000
- 50.001 -100.000
- 100.001 -200.000
- más de 200.001
- Nada

55. En los últimos 12 meses, ¿ Ha tenido que pedir dinero prestado o vender objetos de valor o hacer alguna rifa o recurrir a otro mecanismo para pagar la atención médica o comprar medicamentos?

- Si
- No

56. ¿Por qué razón(es) utilizó recursos propios y/o familiares para cubrir la atención en salud? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE, REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- [ ] Los servicios, los medicamentos o los procedimientos no estaban cubiertos por el sistema de salud
- [ ] Consideró que la calidad de la atención/diagnóstico de la EPS no fue suficiente (médicos, hospitales o medicamentos)
- [ ] Fue a un médico, clínica u hospital donde su EPS no tiene contrato
- [ ] Salía más barato
- [ ] Para evitar los trámites que establece la EPS
- [ ] No tuvo respuesta por parte de EPS para la asignación de cita-solicitud de servicio de salud
- [ ] Otro ¿Cuál?

Cual ?

BLOQUE J: TRÁMITES

ENC. LEA A continuación, vamos a evaluar la experiencia que ha tenido al realizar trámites en su EPS; ya sean del tipo administrativo (afiliaciones, actualización de datos) como autorizaciones para acceder a servicios de salud complejos como exámenes especializados, medicamentos de alto costo, entre otros.

Ha realizado algún tramite administrativo en su EPS en los últimos 6 meses?

- ◯ Si
- ◯ No

57. En los últimos 6 meses ¿usted realizó alguno(s) de los siguientes trámites en su actual EPS/IPS ?

---

a. Tramitar la Afiliación de ingreso a su actual EPS

- ◯ Si
- ◯ No

b. Tramitar un Cambio de Régimen

- ◯ Si
- ◯ No

c. Tramitar un cambio de su contrato (ejemplo dependiente a independiente; cotizante a beneficiario)

- ◯ Si
- ◯ No

d. Tramitar una vinculación o desvinculación de un miembro de su núcleo familiar

- ◯ Si
- ◯ No

e. Actualización del documento de identidad

- ◯ Si
- ◯ No

f. Tramitar una autorización para pedir una cita de medicina especializada

- ◯ Si
- ◯ No

g. Tramitar una autorización para acceder a cirugías

- ◯ Si
- ◯ No

h. Tramitar una autorización para acceder a Tratamientos asistidos: quimioterapia-radioterapias-diálisis

- ◯ Si
- ◯ No

i. Tramitar una autorización para imágenes diagnósticos de alta complejidad como tomografías, resonancias magnéticas, medicina nuclear, gammagrafía, petscan, etc.

- Si
- No

j. Tramitar una autorización para la entrega de MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS por su servicio de salud

- Si
- No

k. Tramitar autorización para recibir servicios de salud en una ciudad diferente a la afiliación (Por Necesidad temporal)

- Si
- No

l. Tramitar una incapacidad (transcripción o radicación)

- Si
- No

m. Tramitar pago de incapacidades

- Si
- No

n. Radicar una licencia de maternidad o paternidad

- Si
- No

o. Tramitar Reembolsos

- Si
- No

p. Solicitar copia historia clínica o resumen de atención

- Si
- No

q. Solicitar copia de resultados exámenes o procedimientos

- Si
- No

r. Solicitar transcripción de órdenes para exámenes o medicamentos

- Si
- No

s. Modificación de fechas u hora de las citas

- ◯ Si
- ◯ No

t. Tramitar un cambio de IPS o portabilidad a otra ciudad

- ◯ Si
- ◯ No

57a. A través de qué medio realizó el o los trámites

- ☐ Presencial, tuve que asistir personalmente
- ☐ Presencial, me representó un familiar, amigo o conocido
- ☐ Enviar E-mail - tramitar por Web – SAT- (chat de WhatsApp/ BOT)
- ☐ Telefónicamente
- ☐ Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

57b. ¿Cuántas veces tuvo que INSISTIR por ese medio para lograr el trámite (ENC.RU, NO ADMITA RANGOS)

VECES

_____

57c. ¿Cuánto tiempo le tomó o le ha tomado hacer este trámite ? (ENC. RU, NO ACEPTE RANGOS; REGISTRE RESPUESTA SEGÚN MEDIDA DE TIEMPO, SI LA RESPUESTA ES EN MESES CONVIERTA A 30 DÍAS. ACLARE QUE PUEDE DAR SU RESPUESTA EN DIAS, HORAS O MINUTOS, PERO SÓLO PUEDE DILIGENCIAR UNA CASILLA)

_____

57d. ¿Tuvo o ha tenido que trasladarse a otro municipio para realizar este trámite (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

57e. ¿Logró finalizar este trámite´? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ SI, ya finalizó
- ◯ No, está en proceso
- ◯ No, desistió de hacerlo

¿Su EPS/IPS cuenta con servicios de atención preferencial para trámites administrativos de acuerdo a la condición del paciente? ENC. RU

- ◯ Si
- ◯ No

Basado en su experiencia ¿Cuáles de los siguientes servicios de atención preferencial para trámites administrativos ofrece su EPS / IPS actual

- [ ] Mujeres en embarazo
- [ ] Adultos mayores
- [ ] Trastornos mentales
- [ ] Personas con alguna discapacidad (física, sensorial o mental)
- [ ] Todas las anteriores
- [ ] Otro ¿cuál?

Cual ?

_____

BLOQUE K: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ENC. LEA Las siguientes preguntas que le voy a realizar, se enfocan en la experiencia que ha tenido usted como afiliado a la EPS a los programas destinados por su EPS para incentivar en usted acciones que le permitan tener un mejor cuidado de su salud; sin importar si actualmente padece de alguna dolencia/ enfermedad en particular.

_____

58. ¿En el último año su EPS le ha invitado a participar en alguno de los siguientes programas y/o servicios? (ENC. LEER OPCIONES Y REGISTRE SEGÚN CORRESPONDA)

_____

a. Programa de planificación familiar

- ( ) Si
- ( ) No

b. Programa de salud visual

- ( ) Si
- ( ) No

c. Salud oral

- ( ) Si
- ( ) No

d. Programas de Enfermedades crónicas (Enfermedades que duran más de 30 días como: diabetes, pulmonares, hipertensión, enfermedad renal crónica, etc.)

- ( ) Si
- ( ) No

e. Programas relacionados con salud mental

- ◯ Si
- ◯ No

f. Vacunación

- ◯ Si
- ◯ No

g. Programa de crecimiento y desarrollo

- ◯ Si
- ◯ No

h. Prueba de ADN-VPH

- ◯ Si
- ◯ No

i. citologías

- ◯ Si
- ◯ No

j. Programa de control prenatal

- ◯ Si
- ◯ No

k. Mamografía

- ◯ Si
- ◯ No

58.a ¿En el último año por qué medio o medios recibió la invitación a participar en esos programas y/o servicios? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ a. Correo electrónico
- ◯ b. En consulta de medicina general, Odontología, enfermería
- ◯ c. Telefónicamente
- ◯ d. Pancartas, afiches...En las instalaciones de las entidades de salud
- ◯ e. Otro ¿cuál?

Cual ?

_____

58b. ¿En lo último año, asistió por iniciativa propia o la EPS / IPS lo invitó al programa o servicio de...? (ENC. LEER OPCIONES Y REGISTRE SEGÚN CORRESPONDA)

a. Programa de planificación familiar

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

b. Programa de salud visual

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

c. Salud oral

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

d. Programas de Enfermedades crónicas (Enfermedades que duran más de 30 días como: diabetes, pulmonares, hipertensión, enfermedad renal crónica, etc.)

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

e. Programas relacionados con salud mental

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

f. Vacunación

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

g. Programa de crecimiento y desarrollo

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

h. Prueba de ADN-VPH

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

i. citologías

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

j. Programa de control prenatal

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

k. Mamografía

- EPS
- NO asistió
- Iniciativa propia

60. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno, ¿Cómo califica el Programa/servicio? (ENC. LEER OPCIONES, RU POR OPCIÓN QUE APLIQUE)

_____

a. Programa de planificación familiar

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

b. Programa de salud visual

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

c. Salud oral

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

d. Programas de Enfermedades crónicas (Enfermedades que duran más de 30 días como: diabetes, pulmonares, hipertensión, enfermedad renal crónica, etc.)

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

e. Programas relacionados con salud mental

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

f. Vacunación

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

g. Programa de crecimiento y desarrollo

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

h. Prueba de ADN-VPH

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

i. citologías

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

j. Programa de control prenatal

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

k. Mamografía

- Muy malo
- Malo
- Ni bueno ni malo
- Bueno
- Muy bueno

61 ¿Cuál de las siguientes opciones refleja la razón por la cual no asistió a la invitación que le hizo la EPS para participar en sus programas/ y/o servicios? (ENC. LEER OPCIONES, RESPUESTA ÚNICA)

- No tuvo tiempo
- No le interesa
- Asistió antes y considera que no sirven
- Olvidó la cita
- Otro ¿cuál?

Cual ?

BLOQUE L: IMPORTANCIA Y SATISFACCIÓN DE LOS FACTORES DE SERVICIO AL USUARIO

ENC. LEA Ahora vamos a conversar sobre algunas acciones que deben realizar las EPS para garantizar una prestación de servicio de salud de alta calidad a sus afiliados; por lo cual, quiero conocer su experiencia a través de las preguntas que le voy a realizar...

62. A continuación, le voy a mostrar algunas características del servicio que deben ofrecer las EPS a sus usuarios; por favor ordénelos donde el primero que elija es lo más importante en el servicio de una EPS y el noveno lo menos importante. Comencemos....

El trato del personal administrativo: Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.

El trato del personal asistencial: médicos, enfermeras, terapeutas, etc.

Su cercanía a puntos de atención de su EPS (oficinas, sedes regionales, puntos de atención o promotores)

Su cercanía a hospitales o centros de salud

Las instalaciones (consultorios, centros de salud, hospitales, etc.) de los prestadores de salud a donde lo envía la EPS

Facilidad y agilidad en los trámites

Tiempos de espera para la asignación de una cita con médico especialista

Tiempos de espera para ser atendido por el médico, más allá de la hora programada.

Recibir información adecuada sobre cómo acceder a los servicios

63. pensando en que actualmente se encuentra afiliado a la EPS , y en el servicio que la misma le ha prestado en los últimos seis meses, ¿Qué tan satisfecho se encuentra con cada uno de los factores de servicio de su EPS, que le voy a leer a continuación?; califíquelos teniendo en cuenta una escala de 1 hasta 5, donde 1 es "Nada satisfecho" y 5 "Totalmente Satisfecho" (ENC. RU POR OPCIÓN, ROTAR; NO MUESTRE EL CÓDIGO 92 "NO SABE", REGISTRELO DE ACUERDO A LO MANIFESTADO POR EL ENCUESTADO)

_____

El trato del personal administrativo: Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

El trato del personal asistencial: médicos, enfermeras, terapeutas, etc.

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Su cercanía a puntos de atención de su EPS (oficinas, sedes regionales, puntos de atención o promotores)

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Su cercanía a hospitales o centros de salud

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Las instalaciones (consultorios, centros de salud, hospitales, etc.) de los prestadores de salud a donde lo envía la EPS

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Facilidad y agilidad en los trámites

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Tiempos de espera para la asignación de una cita con médico especialista

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Tiempos de espera para ser atendido por el médico, más allá de la hora programada.

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

Recibir información adecuada sobre cómo acceder a los servicios

- ◯ Nada satisfecho
- ◯ Poco satisfecho
- ◯ Ni S. Ni Ins.
- ◯ Algo satisfecho
- ◯ Totalmente satisfecho
- ◯ No sabe

BLOQUE M: CALIFICACIÓN GENERAL DE LA EPS

ENC. LEA Ahora, teniendo en cuenta todo lo que hemos conversado a este momento; quiero que hablemos en términos generales cómo ha sido su experiencia como afiliado a la EPS

---

64. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno, ¿Cómo califica los aspectos que le voy a leer sobre su EPS Basado en la experiencia que ha tenido con la misma en los últimos 6 meses? (ENC. LEER OPCIONES, RU POR OPCIÓN QUE APLIQUE)

Experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS, en los últimos seis meses.

- ◯ Muy malo
- ◯ Malo
- ◯ Ni bueno ni malo
- ◯ Bueno
- ◯ Muy bueno

La solución que le dio la EPS a la necesidad de salud por la cual usted consultó la última vez

- ◯ Muy malo
- ◯ Malo
- ◯ Ni bueno ni malo
- ◯ Bueno
- ◯ Muy bueno

La comunicación que brinda su EPS, sobre los servicios que presta

- ◯ Muy malo
- ◯ Malo
- ◯ Ni bueno ni malo
- ◯ Bueno
- ◯ Muy bueno

El acceso a servicios de salud a través de su EPS (urgencias, hospitalizaciones, consultas médicas, exámenes y terapias)

- ◯ Muy malo
- ◯ Malo
- ◯ Ni bueno ni malo
- ◯ Bueno
- ◯ Muy bueno

Pensando la última vez que tuvo una consulta con el profesional de la salud que lo atendió ¿Como califica la calidad de a atención que recibió?

- ◯ Muy malo
- ◯ Malo
- ◯ Ni bueno ni malo
- ◯ Bueno
- ◯ Muy bueno

65. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

66. ¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

67. ¿Cuál es el principal motivo para querer cambiarse de EPS? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA, REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS)

- ◯ No recibe un trato amable y cordial por parte del personal de la EPS
- ◯ Hay demasiadas demoras para recibir los servicios
- ◯ No ha tenido respuestas efectivas ante sus problemas de salud
- ◯ Son muy difíciles / engorrosos los trámites para acceder a los servicios de salud de la EPS
- ◯ Disminución en la red de prestadores (centros médicos, puntos de atención, etc.)
- ◯ Por motivos personales (cambio de domicilio, cambio de ciudad, por recomendación de un familiar)
- ◯ No hay suficiente oferta de especialistas
- ◯ Insuficiencia de puntos de atención para trámites con la EPS
- ◯ Otra EPS le ofrece mejores servicios
- ◯ Para unificar el grupo familiar
- ◯ Porque le queda lejos/ tiene que viajar a otro municipio para que lo atiendan
- ◯ Otro, ¿Cuál?

Cual ?

_____

68. ¿En los últimos 6 meses ha hecho algún trámite o diligencia para cambiar de EPS? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

69. ¿Consiguió cambiarse a la EPS de su preferencia? (ENC. RU)

- ◯ Si
- ◯ No

70. ¿Cuál es la razón principal por la que no ha cambiado de EPS? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA, REGISTRE DE ACUERDO A OPCIONES PRE-CODIFICADAS

- ◯ Donde reside solo hay una EPS
- ◯ Por falta de tiempo
- ◯ Por falta de tiempo
- ◯ El trámite es muy complicado o largo
- ◯ No hay diferencias entre las EPS
- ◯ La normatividad no se lo permite
- ◯ Por continuidad en tratamiento médico
- ◯ No Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

71. ¿A qué EPS deseaba cambiarse?

- ALIANSALUD EPS
- ANAS WAYUU EPSI
- ASMET SALUD
- ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI
- CAJACOPI ATLANTICO
- CAPITAL SALUD EPS-S
- CAPRESOCA
- COMFACHOCO
- COMFAORIENTE
- COMFENALCO VALLE
- COMPENSAR EPS
- COOSALUD EPS-S
- DUSAKAWI EPSI
- EMSSANAR E.S.S.
- EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
- EPS SANITAS
- EPS SURA
- FAMISANAR
- MALLAMAS EPSI
- MUTUAL SER
- NUEVA EPS
- PIJAOS SALUD EPSI
- SALUD BOLÍVAR EPS SAS
- SALUD MIA
- SALUD TOTAL EPS S.A.
- SAVIA SALUD EPS
- SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS

72. ¿Sabe usted si su EPS cuenta con un mecanismo para atender Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS)? (ENC. RU)

- Si
- No

73. En los últimos 6 meses, ¿ha interpuesto una acción originada por una demora o negación de los servicios que ud considero que le han vulnerado su derecho a la salud

---

Una tutela

- Si
- No

Derecho de petición

- Si
- No

PQR

- Si
- No

74. ¿Cuáles fueron las causas por la que interpuso la tutela? (ENC. Respuesta espontánea, RM)

- [ ] Acción de tutela solicitando servicio o tecnología cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES
- [ ] Acción de tutela por postergación o demora en la realización de procedimientos médicos autorizados por la EPS
- [ ] Acción de tutela por postergación o demora en la toma de exámenes autorizados por la EPS
- [ ] Acción de tutela por demora en la autorización de citas de medicina especializada, procedimientos y tecnologías en salud
- [ ] Acción de tutela por postergación o demora en la entrega de insumos, dispositivos, materiales quirúrgicos u otros necesarios para la realización de procedimientos
- [ ] Acción de tutela por demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenios con prestadores de servicios de salud
- [ ] Acción de tutela por no autorización de prestador de servicio de salud a elección del usuario que no hace parte de la red de prestadores
- [ ] Acción de tutela por no autorización de prestador de servicio de salud a elección del usuario que hace parte de la red de prestadores
- [ ] Acción de tutela por postergación o demora en la entrega de medicamentos
- [ ] Acción de tutela por postergación o demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos prescritos por MIPRESS
- [ ] Acción de tutela por demora en la prestación de servicios y tecnologías en salud requeridos por los niños y niñas de primera infancia e infancia (de 0 días a 11 años, 11 meses y 29 días) de acuerdo con el curso de vida.
- [ ] Acción de tutela solicitando medicamentos cuyo uso prescrito por el médico tratante no esta autorizado por el registro sanitario o autoridad competente
- [ ] Acción de tutela por falta de respuesta a derecho de petición relacionado con la prestación de los servicios en salud.
- [ ] Acción de tutela por traslado de EPS de usuarios con enfermedades catastróficas, huerfánas o de alto costo.
- [ ] Acción de tutela por fallas en el aplicativo de prescripción de servicios PBS NO UPC.
- [ ] Acción de tutela para relamar los servicios y tecnologías financiados por el Plan de Beneficios en Salud.
- [ ] Acciones de tutela reclamando servicios y tecnologías en salud expresamente excluidos de financiación con recursos públicos de la salud según acto administrativo de este Ministerio
- [ ] Acción de tutela por el no reconocimiento y pago de prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) sustentado en trámites administrativos de la EPS
- [ ] Acción de tutela por el no reconocimiento y pago de las prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) por inconsistencias en el documento de incapacidad médica
- [ ] Acción de tutela por solicitud de afiliación a una EPS
- [ ] Acción de tutela por solicitud de traslado de EPS
- [ ] Acción de tutela por movilidad o portabilidad
- [ ] Acción de tutela solicitando servicios complementarios no financiados mediante MIPRESS ni excluidos de financiación con recursos públicos de la salud

- [ ] Acción de tutela solicitando servicios, tecnologías o servicios complementarios prescritos por un médico no adscrito a la red de prestadores de servicios de salud de la EPS
- [ ] Acción de tutela por incertidumbre en los servicios y tecnologías que se financian con los recursos de la salud
- [ ] Acción de tutela por excepción de cuota moderadora o copago
- [ ] Acción de tutela por el no reconocimiento y pago de prestaciones económicas (licencias de maternidad, paternidad e incapacidades) por demora en el pago de los aportes de salud.
- [ ] Acción de tutela por la no continuidad en la prestación de los servicios en salud cuando se dejó de cotizar al Sistema de Salud.
- [ ] No aplica

75. ¿La acción de tutela fue fallada a su favor? (ENC.LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ No ha salido el fallo

76. ¿La EPS cumplió con el fallo del juzgado? (ENC.LEER OPCIONES, RU)

- ◯ Si, totalmente
- ◯ Parcialmente (No cumple el fallo de la tutela en todo su contenido)
- ◯ No cumplió

77. Aunque el fallo fue negativo, ¿la EPS le prestó el servicio? (ENC. LEER OPCIONES, RU

- ◯ Si, totalmente
- ◯ Parcialmente
- ◯ No

78. En los últimos 6 meses ¿interpuso un derecho de petición o PQR ante su EPS? (ENC.RU)

- ◯ Si
- ◯ No

79. ¿Ante qué entidad interpuso el derecho de petición/queja/reclamo o PQR? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ◯ EPS
- ◯ Superintendencia nacional de salud
- ◯ Ministerio de salud y protección social
- ◯ Secretaria departamental o municipal de salud
- ◯ Personería o Defensoría

80. ¿Cuál fue el resultado de su derecho de petición o PQR? (ENC. LEER OPCIONES, RU)

- ( ) Le dieron respuesta y se resolvió el problema
- ( ) Le dieron respuesta, pero no se resolvió el problema
- ( ) No le dieron respuesta y no le resolvieron

81. ¿Cuál fue el principal motivo de la queja, reclamo o derecho de petición que presentó? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA)

- ( ) Dificultad para comunicarse con la EPS
- ( ) Cobro indebido
- ( ) Demora en el servicio de autorizaciones
- ( ) Demora para la asignación cita
- ( ) Demora para la realización del procedimiento
- ( ) Demora o incumplimiento en la entrega de medicamentos
- ( ) Demora para ser atendido
- ( ) Le informaron que no había agenda
- ( ) Maltrato o mala atención por parte del personal de salud
- ( ) No se resuelve el problema de salud por parte de los médicos
- ( ) Equivocación en el tratamiento
- ( ) Equivocación en el diagnostico
- ( ) Reconocimiento de Licencias, incapacidades o reembolsos
- ( ) Negación de los servicios porque no están dentro del POS
- ( ) Traslado de EPS
- ( ) Problemas en el estado de afiliación
- ( ) Otro, Cual

Cual ?

_____

82. ¿Por qué NO ha interpuesto tutela, derecho de petición/queja/reclamo o PQRS? (ENC. RESPUESTA ESPONTÁNEA Y ÚNICA)

- Por miedo a que la queja desmejore el servicio
- No sabe cómo hacer el trámite
- No cree que el trámite lleve a resolver el problema
- Quejas anteriores no han servido
- No tuvo tiempo
- Barreras o dificultades interpuestas por su EPS
- Le resolvieron el problema antes de interponer poner la tutela, derecho de petición, queja o reclamo
- Porque no está tan insatisfecho con el servicio
- Otro ¿Cuál?

Cual ?

_____

En su hogar le realizaron o aplicaron la encuesta de sobre las condiciones de salud de su familia, por parte de los equipos básicos en salud.

- Si
- No

Le realizaron una evaluación de su condición de salud a usted o algún miembro de su hogar ?

- Si
- No

Le realizaron alguna intervención o atención en salud por parte de algún miembro del equipo básico de salud que lo visitó?

- Si
- No

Le realizaron orientación en temas preventivos y/o autocuidados ?

- Si
- No

De la visita realizada por los equipos básicos en salud, le realizaron alguna remisión a algún servicio de salud ?

- Si
- No

Califique de 1 a 5, donde 5 es muy satisfecho y 1 poco satisfecho, con relación a la gestión de los integrantes de los equipos básicos en salud que lo visitó en su hogar.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

BLOQUE N: CIERRE

ENC. Para finalizar, le pido que me colabore contestando las siguientes preguntas...

83. ¿Qué tipo de documento de identidad tiene como habitante del país? (ENC. LEER OPCIONES RU; EN EL CASO DE INFORMANTE IDÓNEO, PREGUNTE POR EL DOCUMENTO DEL AFILIADO)

- Cédula de ciudadanía
- Tarjeta de identidad
- Cédula de extranjería
- Registro Civil
- Número único de identificación personal (nuip)
- Pasaporte
- No tiene
- Otro ¿cuál?
- No informa

Cual?

84. Me podría confirmar su número de identificación

- Si
- No

Numero de identificacion

Nombre:

Teléfono de contacto:

Dirección:

Barrio:

Edad del afiliado:

NOMBRE ENCUESTADOR

NOMBRE SUPERVISOR

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION Y TERMINE ENCUESTA