



Buenos días/tardes. Mi nombre es ..... Estamos realizando una encuesta de acceso a los servicios de salud en hogares para un proyecto de investigación de la Universidad Javeriana de Cali. Esta vivienda fue seleccionada aleatoriamente para el estudio para lo cual solicitamos la participación del **Jefe/a** del Hogar o de una persona mayor de edad. La información que puedan brindarnos es muy importante. La duración de la encuesta es aproximadamente 60 minutos donde se indagará sobre el uso de los servicios de salud, barreras que perciben los usuarios, calidad de la atención, entre otros. La información que se genere de este estudio será confidencial y utilizada únicamente para fines de la investigación. Gracias por participar.

### Identificación del hogar

Barrio: \_\_\_\_\_

Nº de manzana: |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Dirección: \_\_\_\_\_

Nº de vivienda: |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Nombre del encuestado: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo: 1.  **Jefe/a del hogar**

Fecha de la entrevista:

2.  Adulto informante

|\_\_\_\_\_| - |\_\_\_\_\_| - |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
DIA MÈS AÑO

Consentimiento informado:

0.  No      1.  Sí

### Módulo 1: Perfil Sociodemográfico del **Jefe/a** del Hogar o Adulto Informante

- 1) ¿Es hombre o mujer? (**Observación**)      1.  Hombre      2.  Mujer
- 2) ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?      |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| años
- 3) De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce como?\*
- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Indígena  | 4. <input type="checkbox"/> Gitano (ROM)              |
| 2. <input type="checkbox"/> Raíz del archipiélago                           | 5. <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio |
| 3. <input type="checkbox"/> Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afrodescendiente | 6. <input type="checkbox"/> Ninguno (Mestizo)         |
- 4) ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado del **Jefe/a** del Hogar?
- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Algunos años de primaria                | 6. <input type="checkbox"/> Técnica o tecnológica completa |
| 2. <input type="checkbox"/> Toda la primaria                        | 7. <input type="checkbox"/> Uno o más años de universidad  |
| 3. <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria              | 8. <input type="checkbox"/> Universitaria completa         |
| 4. <input type="checkbox"/> Toda la secundaria                      | 9. <input type="checkbox"/> Ninguno                        |
| 5. <input type="checkbox"/> Uno o más años de técnica o tecnológica | 10. <input type="checkbox"/> NS/NR                         |
- 5) ¿Cuál es su estado civil actual?

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Casado | 2. <input type="checkbox"/> Unión libre | 3. <input type="checkbox"/> Separado    |
| 4. <input type="checkbox"/> Viudo  | 5. <input type="checkbox"/> Soltero     | 6. <input type="checkbox"/> No responde |

6) Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional del **Jefe/a** del Hogar en el momento actual o de la última ocupación:

1.  Obrero o empleado de empresa particular
2.  Obrero o empleado del gobierno
3.  Empleado doméstico
4.  Trabajador por cuenta propia (no calificados, microempresarios con menos de 5 trabajadores)
5.  Trabajador por cuenta propia (Profesionales y técnicos)
6.  Patrón o empleador (empresa con 5 trabajadores o más)
7.  Trabajador familiar sin remuneración
8.  Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares
9.  Jornalero o peón.
10.  Pensionado
11.  Otro . Cual \_\_\_\_\_
12.  NS/NR

7) ¿A qué EPS está afiliado? \_\_\_\_\_  No afiliado a ninguna EPS

8) ¿Su régimen de salud es? (**Entrevistador: Solicite el carnet y diligencie**)

1.  Contributivo → ¿El tipo de afiliación es?    1.  Cotizante                2.  Beneficiario
2.  Subsidiado
3.  No afiliado
4.  Especial (fuerzas militares, maestros, policías, Ecopetrol, ferrocarriles etc.)

9) ¿Cuál es el ingreso del **Jefe/a** del Hogar?

1.  Menos de 1 SMMLV (< \$ 644.350)
2.  Entre 1 y 3.5 SMMLV (\$ 644.351 hasta \$ 2.255.225)
3.  Entre 3.6 y 6 SMMLV (\$2.255.226 hasta \$ 3.866.100)
4.  más de 6 SMMLV (> \$ 3.866.101)
5.  NS/NR

## Módulo 2. Perfil socioeconómico del Hogar

1) Cuál es el estrato socioeconómico de la vivienda? |\_\_\_\_| 1 hasta 6  
**(Verificar con recibo de servicios públicos)**

2) ¿Cuál considera usted que son los ingresos mensuales de su hogar?

1.  Menos de 1 SMMLV (< \$ 644.350)
2.  Entre 1 y 3.5 SMMLV (\$ 644.351 hasta \$ 2.255.225)
3.  Entre 3.6 y 6 SMMLV (\$2.255.226 hasta \$ 3.866.100)
4.  más de 6 SMMLV (> \$ 3.866.101)
5.  NS/NR

3) La vivienda que ocupa este hogar es:

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Propia pagada | 2. <input type="checkbox"/> Propia pagando | 3. <input type="checkbox"/> Arriendo |
| 4. <input type="checkbox"/> Familiar      | 5. <input type="checkbox"/> Otra           | 6. <input type="checkbox"/> NS/NR    |

4) Zona de ubicación de la vivienda

1.  Cabecera municipal (urbano)
2.  Resto (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío)
3.  Resto (rural disperso)

**Módulo 3: Acceso a Servicios Preventivos**

**A CONTINUACIÓN SE LE REALIZARÁN PREGUNTAS SOBRE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN A LOS QUE HAN ACCESO USTED O ALGUNOS INTEGRANTES DE SU HOGAR, DE ACUERDO CON SU EDAD.**

- 1) Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted o algún miembro de este hogar consultó en el último año?

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Solo al médico            | 2. <input type="checkbox"/> Sólo al odontólogo                    |
| 3. <input type="checkbox"/> Al médico y al odontólogo | 4. <input type="checkbox"/> A ninguno → <b>Pase a pregunta 10</b> |

**Entrevistador: De acuerdo con el rango de edad de los integrantes del hogar indagar por los siguientes servicios preventivos según corresponda.**

- 2) Servicios preventivos primer año de vida:

¿En este hogar hay niños menores de 1 año? SI |\_\_\_\_| ¿Cuántos? |\_\_\_\_\_| NO |\_\_\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE EL CASO MAS RECIENTE EN ESTE GRUPO DE EDAD</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Control post-parto	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
2. Valoración integral del recién nacido	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. Visita domiciliaria al recién nacido y su familia	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
4. Controles de niño sano	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
5. Consejería en lactancia materna	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
6. Suplemento con hierro	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
7. Actividades de educación en puericultura	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
8. Vacunación	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

- 3) Servicios preventivos 1 a 5 años de vida:

¿En este hogar hay niños entre 1 y 5 años? SI |\_\_\_\_| ¿Cuántos? |\_\_\_\_\_| NO |\_\_\_\_|

	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>	<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS EN EL HOGAR DE ESTE GRUPO DE EDAD</b>		
		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>

<b>Tipo de servicio</b>				<b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Controles de niño sano	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Actividades de educación en el cuidado (puericultura)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Valoración visual	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Actividades de salud oral (sellantes)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Valoración auditiva	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Suplemento con hierro	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Suministro de antiparasitarios	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Vacunación	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

4) Servicios preventivos 6 a 10 años de vida:

¿En este hogar hay niños entre 6 a 10 años? SI |\_\_\_\_| ¿Cuántos? |\_\_\_\_\_| NO |\_\_\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios la EPS del caso seleccionado le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS EN EL HOGAR DE ESTE GRUPO DE EDAD</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Controles de niño sano	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Actividades de educación en el cuidado (puericultura)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Valoración visual	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Actividades en salud oral (fluorización y sellantes)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Suministro de antiparasitarios	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Vacunación	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

5) Servicios preventivos 11 a 19 años de vida:

¿En este hogar hay mujeres jóvenes entre 11 y 19 años? SI |\_\_\_\_| ¿Cuántos? |\_\_\_\_\_| NO |\_\_\_\_|

¿En este hogar hay hombres jóvenes entre 11 y 19 años? SI |\_\_\_\_| ¿Cuántos? |\_\_\_\_\_| NO |\_\_\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER JOVEN EN EL HOGAR</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica preventiva	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

2. Consejería (planificación familiar, uso de drogas, alcohol, tabaco)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Asesoría pre-concepcional	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Consulta médica o psicológica por algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio.	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Valoración por agudeza visual	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Consulta por salud oral (limpieza)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Toma de presión arterial	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
9. Toma de glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
10. Citología cervico vaginal	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UN HOMBRE JOVEN EN EL HOGAR</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica preventiva	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Consejería (planificación familiar, uso de drogas, alcohol, tabaco)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Asesoría pre-concepcional	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Consulta médica o psicológica por algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio.	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Valoración por agudeza visual	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Consulta por salud oral (limpieza)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Toma de presión arterial	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
9. Toma de glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

#### 6) Servicios preventivos 20 a 29 años de vida:

¿En este hogar hay mujeres entre 20 y 29 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_|\_\_\_\_| NO |\_\_|

¿En este hogar hay hombres entre 20 y 29 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_|\_\_\_\_| NO |\_\_|

<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER EN EL HOGAR</b>
<b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Citología cervico vaginal	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
2. Examen de seno y educación para auto examen	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
3. Consulta médica preventiva	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
4. Toma de tensión arterial	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
5. Prueba ELISA para VIH	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
6. Prueba VDRL para sífilis	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UN HOMBRE EN EL HOGAR</b>
<b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica preventiva	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
2. Toma de tensión arterial	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
3. Prueba ELISA para VIH	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
4. Prueba VDRL para sífilis	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

7) Servicios preventivos 30 a 44 años de vida:

¿En este hogar hay mujeres entre 30 y 44 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_| |\_\_| NO |\_\_|

¿En este hogar hay hombres entre 30 y 44 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_| |\_\_| NO |\_\_|

<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER EN EL HOGAR</b>
<b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Citología cervico vaginal	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
2. Autoexamen de mama	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
3. Consulta médica	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I
4. Toma de tensión arterial	1. I_I	0. I_I	2. I_I	1. I_I	0. I_I	2. I_I

5. Toma colesterol total	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Toma glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Tacto rectal	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Antígeno prostático	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UN HOMBRE EN EL HOGAR</b> <b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Toma de tensión arterial	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Toma colesterol total	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Toma glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Tacto rectal	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Antígeno prostático	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

#### 8) Servicios preventivos Mayores de 45 años:

¿En este hogar hay mujeres mayores de 45 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_| |\_\_| NO |\_\_|

¿En este hogar hay hombres mayores de 45 años? SI |\_\_| ¿Cuántos? |\_\_| |\_\_| NO |\_\_|

<b>Tipo de servicio</b>	<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>			<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER EN EL HOGAR</b> <b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica del quinquenio (cada 5 años, donde se dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio, alimentación adecuadas)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Mamografía	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Citología cervico vaginal	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Sangre oculta en heces	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Colonoscopia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Densitometría ósea	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Colesterol total y colesterol HDL	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Uroanálisis	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

9. Triglicéridos	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
10. Creatinina	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
11. Glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
12. Toma de presión arterial	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>	<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UN HOMBRE EN EL HOGAR</b> <b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>		
--	--	--	--

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica del quinquenio (cada 5 años, donde se dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio, alimentación adecuadas)	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Sangre oculta en heces	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Colonoscopia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Tacto rectal	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
5. Antígeno prostático	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
6. Densitometría ósea	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
7. Colesterol total y colesterol HDL	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
8. Uroanálisis	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
9. Triglicéridos	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
10. Creatinina	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
11. Glicemia	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
12. Toma de presión arterial	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o **ADULTO INFORMANTE** SI |\_\_| NO |\_\_|

9) Servicios preventivos durante el Embarazo:

¿En este hogar hay mujeres embarazadas? SI |\_\_| ¿Cuántas? |\_\_| NO |\_\_|

<b>¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?</b>	<b>SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER EMBARAZADA EN EL HOGAR</b> <b>¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?</b>		
--	---	--	--

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS/NR</b>
1. Consulta médica de primera vez	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
2. Controles prenatales	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
3. Pruebas de hemoclasificación	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I
4. Exámenes de Laboratorio	1. I__I	0. I__I	2. I__I	1. I__I	0. I__I	2. I__I

5. Ecografías	<input type="checkbox"/> I					
6. Vacunación	<input type="checkbox"/> I					

Nombre de la EPS del caso seleccionado para consulta de servicios \_\_\_\_\_

El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al **JEFE/A DEL HOGAR** o ADULTO INFORMANTE SI  NO

10) ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de **ATENCIÓN BÁSICO EN SALUD**, usted o su familia utiliza más de un medio de transporte?

I No

I Sí

I NS/NR

11) ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente? (**Puede marcar varias opciones**)

I A pie

I Mototaxi

I Lancha

I Bus

I Vehículo propio (Carro o Moto)

I Otro

I Taxi

I Bicicleta

12) ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?

- I Menos de 1 hora
- I De 1 a 4 horas
- I De 5 a 8 horas
- I Más de 8 horas

#### Módulo 4: Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación

1) En los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro de su familia tuvo que acudir al servicio de urgencias en una institución prestadora de servicios pública o privada?

- I Sí
- I No → **Pase a pregunta 7)**
- I NS/NR → **Pase a pregunta 7)**

2) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la consulta médica?

- I Lo atendieron inmediatamente
- I Entre 31 minutos y una hora
- I Más de dos horas
- I En máximo 30 minutos
- I Entre una y dos horas
- I NS/NR

3) ¿ Durante su estancia en el servicio de urgencias usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud?

- I Sí → **Pase a pregunta 5)**
- I No
- I NS/NR

4) ¿Cuál fue la razón principal por la que no le brindaron asistencia en el servicio de urgencias? (**Luego pase a la pregunta 7)**

- I El caso era leve y fue remitido a consulta prioritaria
- I Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron
- I Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que

- 4.  I\_\_I No presentó identificación
- 5.  I\_\_I No presentó el carne de afiliación
- 6.  I\_\_I Indicaron que debía consultar a otra institución que tuviera los servicios requeridos para atenderlo
- 7.  I\_\_I Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 8.  I\_\_I NS/NR

5) En general considera que la calidad del servicio de urgencias fue:

- 1.  I\_\_I Muy Buena
- 2.  I\_\_I Buena
- 3.  I\_\_I Mala
- 4.  I\_\_I Muy mala
- 5.  I\_\_I NS/NR

6) ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en urgencias? (**Puede marcar varias opciones**)

- I\_\_I EPS contributivo
- I\_\_I EPS subsidiado
- I\_\_I EPS Régimen especial
- I\_\_I Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada
- I\_\_I Servicio médico de la empresa
- I\_\_I Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
- I\_\_I Secretaría de Salud o Alcaldía (Sisben o no afiliado)
- I\_\_I Recursos propios y/o familiares
- I\_\_I Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

7) ¿En los últimos 6 meses usted o algún miembro de su familia, cuando han tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general?

- 1.  I\_\_I Sí
- 0.  I\_\_I No → **Pase a pregunta 23)**
- 2.  I\_\_I No han tenido ningún problema de salud → **Pase a pregunta 25)**
- 3.  I\_\_I NS/NR → **Pase a pregunta 25)**

8) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general?

- 1.  I\_\_I No aplica porque no ha sido atendido
- 2.  I\_\_I El mismo día
- 3.  I\_\_I Menos de 1 semana
- 4.  I\_\_I De 2 a 4 semanas
- 5.  I\_\_I De 1 a 3 meses
- 6.  I\_\_I De 4 a 6 meses
- 7.  I\_\_I Más de 6 meses

9) ¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud?

- 1.  I\_\_I Sí
- 0.  I\_\_I No
- 2.  I\_\_I NS/NR

10) Luego de la consulta médica general tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento? (**Puede marcar varias opciones**)

- I\_\_I No tuvo problemas para el tratamiento
- I\_\_I La EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos

- Falta de dinero para pagar copagos de medicamentos, exámenes y procedimientos  
 Tramites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS  
 Falta de tiempo  
 Otras. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 

11) ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la consulta médica general?

- EPS contributivo  
 EPS subsidiado  
 EPS Régimen especial  
 Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada  
 Servicio médico de la empresa  
 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)  
 Secretaría de Salud o Alcaldía (Sisben o no afiliado)  
 Recursos propios y/o familiares  
 Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

12) ¿Fue remitido a especialista por el médico general?

1.  Sí
0.  No → **Pase a pregunta 18)**
2.  NS/NR → **Pase a pregunta 18)**

13) A qué especialista fue remitido:

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Pediatra            | 2. <input type="checkbox"/> Internista                 |
| 3. <input type="checkbox"/> Ginecólogo          | 4. <input type="checkbox"/> Oftalmología               |
| 5. <input type="checkbox"/> Cirugía             | 6. <input type="checkbox"/> Cardiologo                 |
| 7. <input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo | 8. <input type="checkbox"/> Traumatólogo u Ortopedista |
| 9. <input type="checkbox"/> Neurólogo           | 10. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____         |

14) El especialista que lo atendió fue por:

1.  EPS contributivo
2.  EPS subsidiado
3.  EPS Régimen especial
4.  Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada
5.  Servicio médico de la empresa
6.  Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
7.  Secretaría de Salud o Alcaldía (Sisben o no afiliado)
8.  Particular (recursos propios)
9.  No ha sido atendido

15) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS?

1.  No aplica
2.  El mismo día
3.  Menos de 1 semana
4.  De 2 a 4 semanas
5.  Más de 1 mes

16) ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la autorización a la EPS y la consulta con el especialista?

1.  No aplica porque no ha sido atendido
2.  El mismo día
3.  Menos de 1 semana
4.  De 2 a 4 semanas
5.  De 1 a 3 meses
6.  De 4 a 6 meses
7.  Más de 6 meses

17) ¿El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud?

1.  Sí
0.  No
2.  NS/NR

18) Por la situación consultada, ¿le formularon medicamentos?

1.  Sí
0.  No → **Pase a pregunta 21)**
2.  NS/NR → **Pase a pregunta 21)**

19) ¿Estos medicamentos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?

1.  Sí, todos → **Pase a pregunta 21)**
2.  Sí, algunos → **Pase a pregunta 21)**
0.  No
3.  NS/NR → **Pase a pregunta 21)**

20) ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (algunos o ninguno)? (Puede marcar varias opciones).

- No están incluidos en el POS  
 No había los medicamentos recetados  
 No había la cantidad requerida  
 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica  
 No hizo las gestiones para reclamarlos  
 Acudió a medico particular  
 Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

21) En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general o medicina especializada) fue:

1.  Muy Buena → **Pase a pregunta 25)**
2.  Buena → **Pase a pregunta 25)**
3.  Mala
4.  Muy mala
5.  NS/NR

22) ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio? (Puede marcar varias opciones) (Luego Pase a pregunta 25).

- Trámites excesivos y/o dispendiosos  
 Mala atención del personal administrativo (vigilante, recepcionista, cajera, etc.)  
 Mala atención del personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.)  
 Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial o administrativo  
 Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario

- Falta de oportunidad en la atención  
 Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

23) ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al médico general? (**Puede marcar varias opciones**)

- Muchos trámites para la cita  
 El centro de atención queda lejos  
 Falta de dinero para pagar el transporte y/o los copagos  
 Mal servicio  
 Cita distanciada en el tiempo  
 Consultó antes y no le resolvieron el problema  
 No confía en los médicos  
 Falta de tiempo  
 Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

24) Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?

1.  Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista
2.  Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona
3.  Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)
4.  Usó remedios caseros
5.  Se autorrecetó
6.  Consultó a médico particular
7.  No hizo nada

25) En los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro del hogar ha tenido alguna hospitalización?

1.  Sí
0.  No → **Pase a MODULO 5**
2.  NS/NR → **Pase a MODULO 5**

26) La hospitalización fue:

1.  Por urgencias
2.  Programada → **Pase a pregunta 28)**

27) ¿Cuánto tiempo transcurrió en urgencias entre la orden de hospitalización y el traslado a la cama asignada?

1.  Lo trasladaron inmediatamente
2.  El mismo día
3.  Entre 2 y 3 días
4.  Más de 3 días

28) ¿Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud?

1.  Sí
0.  No
2.  NS/NR

29) En general, considera que la calidad de la hospitalización fue:

1.  Muy Buena      2.  Buena      3.  Mala      4.  Muy mala      5.  NS/NR

30) ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la hospitalización? (Puede marcar varias opciones)

- EPS contributivo
- EPS subsidiado
- EPS Régimen especial
- Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada
- Servicio médico de la empresa
- Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
- Secretaría de Salud o Alcaldía (Sisben o no afiliado)
- Recursos propios y/o familiares
- Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### Módulo 5: Gasto de bolsillo en acceso

1) La última atención en salud de usted o algún miembro de su familia fue:

- 1.  Consulta externa
- 2.  Hospitalización
- 3.  Urgencias
- 4.  NS/NR

**Las siguientes preguntas se refieren a la ULTIMA VEZ que usted o algún miembro de su hogar recibió atención en salud (consulta externa, urgencias u hospitalización)**

2) ¿Usted pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida?

- 0.  NO
- 1.  Si → Valor (cantidad en pesos) \$ \_\_\_\_\_
- 2.  NS/NR

3) ¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS?

- 0.  NO
- 1.  Si → Valor (cantidad en pesos) \$ \_\_\_\_\_
- 2.  NS/NR

4) ¿Cuánto pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)?

- 0.  NO
- 1.  Si → Valor (cantidad en pesos) \$ \_\_\_\_\_
- 2.  NS/NR

5) ¿Cuánto pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?

- 0.  NO
- 1.  Si → Valor (cantidad en pesos) \$ \_\_\_\_\_
- 2.  NS/NR

6) Otros gastos. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

- 0.  NO
- 1.  Si → Valor (cantidad en pesos) \$ \_\_\_\_\_
- 2.  NS/NR

## Observaciones

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_