

ANEXO 1. INSTRUMENTO

BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACE CAUCA, 2012

FECHA D M A

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

1. código del encuestado: _____

2. Dirección de residencia: _____

BARRERAS DEL LADO DE LA DEMANDA

3. Sexo:
1. Hombre
2. Mujer

4. ¿Edad en años cumplidos? _____
5. ¿Cuál es su estado civil actualmente?

- 1. Casado
- 2. Soltero
- 3. Viudo
- 4. Unión libre
- 5. Separado

6. número de hijos: _____

7. ¿Cuál es su zona de residencia?

- 1. Urbana
- 2. Rural

8. ¿Cuál fue el último Nivel de escolaridad?

- 1. Ninguna
- 2. Primaria incompleta
- 3. Primaria Completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Secundaria completa
- 6. Técnico
- 7. Tecnológico
- 8. Universitario
- 9. Otro

9. Ocupación

- 1. Trabajo
- 2. Estudio
- 3. Busca trabajo
- 4. Oficios del hogar
- 5. Otro

10. ¿A que tipo de población pertenece?

- 1. Indígena
- 2. Afro colombiano
- 3. Negro
- 4. Raizal
- 5. Otro

11. Nivel del SISBEN

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4
- 5. 5
- 6. 6
- 7. No está clasificado
- 8. No sabe

12. ¿Cuánto es su ingreso semanal?

SEGURIDAD SOCIAL

13. Afiliación a salud:

- 1. Si _____
- 2. No _____
- 3. No sabe

14. ¿Cuál es el nombre de la entidad de salud a la que usted está Afiliado?

15. cuando usted se enferma acude al:

- 1. Hospital.
- 2. Consultorio particular
- 3. Farmacia.
- 4. Curandero.
- 5. Usted mismo o la familia

16. Tipo de servicio con los que cuenta el centro de Salud:

- 1. Urgencias
- 2. Hospitalización,
- 3. Medicina General
- 4. Medicamentos
- 5. Odontólogo
- 6. Otro Cual _____

17. Régimen de afiliación

- 1. Contributivo
- 2. Subsidiado
- 3. Población pobre sin subsidio

18. Diría usted que en general su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

19. Durante cuantos de los últimos 30 días no estuvo bien de su salud física?

20. Durante cuantos de los últimos 30 días no estuvo bien de su salud mental?

BARRERAS DE ACCESO DEL LADO DE LA OFERTA:

A la entrada:

21. Tiempo de viaje: _____

22. Medio transporte:

1. Carro
2. Motocicleta
3. Bicicleta
4. Caballo
5. Ninguno

23. Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención en Km: _____

21. Horarios de atención: _____

Al Interior:

24. Muchos trámites para la cita

1. SI
2. NO
3. Algunas veces

25. Tiempos de espera en minutos: _____

26. Usted cree que el servicio prestado es:

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo

A la Salida

27. Usted cree que el tratamiento para su enfermedad fue:

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Popayán _____ de 2012

Yo _____, identificado(a) con documento número _____ de _____, acepto participar voluntariamente en el proyecto de Investigación como modalidad de posgrado titulado **BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACE CAUCA, 2012.**

El proyecto estará a cargo de los investigadores: Claudia Isabel Campo Rivera identificada con cc: 34565031 de Popayán, Sofí Lorena Flórez Martínez identificada con cc 34569636 de Popayán, Mayerli Alexandra Troches Gomes identificado con cc: 1061713235 de Popayán, CLAUDIA VIVIANA PEÑA identificado con cc: 1.061.713.235 de Popayán del Programa de posgrado AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA de la Universidad EAN y La Universidad Del Cauca.

Estoy dispuesto(a) a contestar en forma voluntaria las encuestas para determinar la relación que existe entre el estado de salud y las barreras de acceso en La población Afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé Municipio Del Tambo Cauca.

Los instrumentos de evaluación objetivo general no demandan ningún tipo de esfuerzo físico.

1. El grupo de investigación me ha informado que no se puede presentar ningún tipo de riesgo durante la aplicación de las encuestas.
2. Se nos garantiza además recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda, sobre la aplicación de las encuestas, riesgos y otros asuntos relacionados con este proyecto.
3. También se nos ha informado que podemos retirar nuestro consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el proyecto cuando queramos en forma libre y espontánea.
4. Los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación solo serán de manejo exclusivo para los fines mencionados. Nadie más que los estudiantes autorizados y los profesionales a cargo del mismo, podrán publicarla, ni manipularla, puesto que se trata de datos personales de carácter confidencial.
5. El grupo investigador garantiza, privacidad de la información obtenida en este proyecto, la cual será estrictamente confidencial
6. Estamos de acuerdo que los resultados obtenidos sean publicados en Revistas Científicas si así se requiere.

Atentamente:

ENCUESTADO

CC

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Mayerli Alexandra Tróchez Gómez

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 1.061.713272

Nombre Completo Claudia Viviana Peña Lemus

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 1.061.713235

Nombre Completo Sofi Lorena Florez Martinez

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 34.569.636

Nombre Completo Claudia Isabel Campo Rivera

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 34.565031

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Barreras y Determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afroecuatoriana de Quilcace, Cauca, 2012

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Mayerli Alexandra Tróchez</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Claudia Viviana Peña Lemus</u>
FIRMA: <u>Mayerli A. Tróchez</u>	FIRMA: <u>Claudia Viviana Peña</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1061713272</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1061713235</u>
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoria</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoria</u>

NOMBRE COMPLETO: <u>Sofía Lorena Florez H.</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Claudia Isabel Campa</u>
FIRMA: <u>Sofía Florez Martinez</u>	FIRMA: <u>Claudia</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>34.569.636</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>34565031 Pop</u>
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoria</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoria</u>

Fecha de firma: Pop, Junio 22 de 2012