



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

En caso de imposibilidad de realizar la entrevista, marque el motivo de la misma:

MOTIVO	CÓDIGO
Ausencia del domicilio	1 <input type="checkbox"/>
Rechazo del informante	2 <input type="checkbox"/>
Dirección no identificada	3 <input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	4 <input type="checkbox"/>

De lo contrario continúe su entrevista respetando el orden de las preguntas. Para preguntas con codificación numérica, marque la respuesta de su encuestado encierre con un círculo el código numérico. (Utilice tinta negra o azul).

Las preguntas de carácter obligatorio se encuentran resaltadas, su falta de respuesta invalidará la encuesta.

SECCIÓN 1 DATOS PRE LLENADOS (Según listados provistos)

Nombre de la entidad: _____

Domicilio legal: _____ Matricula: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Sitio web: _____

Redes sociales: _____

Encuestador: _____

Equipo: _____ Nro. de hoja de ruta: _____

¿Cuál es el puesto de trabajo de la/s persona/s que responden la encuesta?

Directivo	1 <input type="checkbox"/>
Gerente	2 <input type="checkbox"/>
Mando medio	3 <input type="checkbox"/>
Empleado	4 <input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	5 <input type="checkbox"/>



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

SECCIÓN 2 PREGUNTAS

1. Si es Mutual preguntar:

Fecha de inscripción

Fecha de inicio del servicio

Fecha de aprobación del servicio de salud

1.1. ¿Su reglamento se adecua a la ley 26.682, Ley de Medicina Prepaga? ¿Y su estatuto?

Marque con una cruz en la casilla de respuesta.

INSTRUMENTO	Si, totalmente	Si, parcialmente	No
Reglamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estatuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2. El reglamento de salud registrado en el INAES, ¿está en uso?

SI 1

NO 2

2. A todos, (Mutuales y Cooperativas): Por favor, mencione las actividades que declara en el formulario N° 883 - Clasificador de Actividades Económicas (CLAE)

ACTIVIDAD CÓDIGO CLAE

Principal _____

Secundarias _____

Otras _____

3. A todos: ¿Podría indicarnos cuál es el origen o la dependencia de la entidad? (respuesta de opción única: leer opciones)

Sindical (ej: Mutual de docentes, UOM, Mutual de camioneros, etc.) 1

Empresarial / Grupo económico (ej: Mutual de John Deere, Ford, etc.) 2

Comunidad (ej: Asociación Española, Asociaciones de Inmigrantes) 3

Sectorial (ej: Productores Agropecuarios, Médicos, Taxistas, etc.) 4

Otros (especificar) 5 _____



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

3.1. ¿Podría indicarnos cuál o cuáles son las actividades a las que se dedica su entidad? ¿Y qué porcentaje representa la actividad _____ (MENCIONAR ACTIVIDAD QUE INDICÓ EN PRIMER LUGAR) respecto de los ingresos totales?

3.2. ¿Y la actividad _____? (MENCIONAR ACTIVIDAD QUE INDICÓ EN SEGUNDO LUGAR) (SEGUIR PREGUNTANDO POR LAS RESTANTES).

ACTIVIDADES	PREGUNTA 3.1 (REGISTRAR 1=1° LUGAR, 2=2° LUGAR, 3=3° LUGAR)	PREGUNTA 3.2 (INDICAR PORCENTAJE)
Salud		
Ayuda Económica/Financiera		
Farmacia		
Servicios públicos (en cooperativas)		
Vivienda		
Consumo (Tipo supermercado)		
Turismo		
Proveeduría		
Sepelio		
Otras (especificar): _____		

Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas de Salud 2017

4. Específicamente sobre los servicios de salud, ¿qué alcance tiene la entidad?

- Nacional 1
- Regional (más de una provincia) 2
- Provincial 3
- Local (una localidad y zona de influencia) 4

4.1. ¿En qué provincia/ jurisdicción brinda los servicios? ¿Cuántos asociados tiene en cada una de ellas?

PROVINCIA	CANTIDAD FILIALES	CANTIDAD ASOCIADOS	PROVINCIA	CANTIDAD FILIALES	CANTIDAD ASOCIADOS
BUENOS AIRES (PCIA.)	_____	_____	MENDOZA	_____	_____
CAPITAL FEDERAL	_____	_____	MISIONES	_____	_____
CATAMARCA	_____	_____	NEUQUÉN	_____	_____



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

PROVINCIA	CANTIDAD FILIALES	CANTIDAD ASOCIADOS	PROVINCIA	CANTIDAD FILIALES	CANTIDAD ASOCIADOS
CHACO	_____	_____	RÍO NEGRO	_____	_____
CHUBUT	_____	_____	SALTA	_____	_____
CÓRDOBA	_____	_____	SAN JUAN	_____	_____
CORRIENTES	_____	_____	SAN LUIS	_____	_____
ENTRE RÍOS	_____	_____	SANTA CRUZ	_____	_____
FORMOSA	_____	_____	SANTA FE	_____	_____
JUJUY	_____	_____	SANTIAGO DEL ESTERO	_____	_____
LA PAMPA	_____	_____	TIERRA DEL FUEGO	_____	_____
LA RIOJA	_____	_____	TUCUMÁN	_____	_____

4.2. ¿Los servicios de salud que brinda corresponden a Planes _____ (LEER OPCIONES: RESPUESTA MÚLTIPLE)

4.2.2. Para planes parciales, preguntar: ¿Qué servicios componen cada uno de los planes parciales?

PLANES	PREGUNTA 4.2	PREGUNTA 4.2.2	
Integrales PMO-Ley 26.682	1		
Parciales	2	Plan Odontológico	2.1
	2	Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas	2.2
	3	Servicios Médico Asistenciales, 1° Nivel: Prácticas y procedimientos para patologías comunes. Ambulatorio. Internaciones menores a 12hs	3.1
	3	Servicios Médico Asistenciales, 2° Nivel: Prácticas y procedimientos que se brindan en la internación de los derivados del 1° nivel o por emergencias. Requieren servicios especializados y técnicas de mayor complejidad. Internación mayor a 12hs.	3.2
	3	Servicios Médico Asistenciales, 3° Nivel: Actividades prestacionales para atención de pacientes provenientes de otros niveles, requieren tecnologías médicas de alta complejidad diagnóstica y /o terapéuticas. Internación en el área de cuidados críticos.	3.3

4.3. En caso de habilitarse la prestación de nuevos planes parciales, ¿considera que sería bien recibido por sus potenciales asociados?

- SI 1
- NO 2



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

5. Tomando como referencia el mes de abril de 2017, ¿podría indicarnos qué cantidad de socios poseen para el plan integral (PREGUNTAR SI CORRESPONDE) ¿Y para los planes parciales?

5.1. ¿Qué valor monetario promedio mensual tiene el servicio para el plan integral (PREGUNTAR SI CORRESPONDE)? ¿Y para planes parciales?

5.2. ¿Qué cantidad de beneficiarios alcanza su actividad?

PLAN	PREGUNTA 5	PREGUNTA 5.1	PREGUNTA 5.2
Integral			
Parcial: Odontológico			
Parcial: Emergencias Médicas			
Parcial: Ss. médicos Asistenciales - 1° Nivel			
Parcial: Ss. médicos Asistenciales - 2° Nivel			
Parcial: Ss. médicos Asistenciales - 3° Nivel			

6. En general, estos servicios de salud que brinda lo hace mediante _____ (LEER OPCIONES DE RESPUESTA). (SOLO PARA AQUELLOS QUE RESPONDEN MIXTOS) ¿Qué porcentaje de participación corresponde a propios? POR DIFERENCIA SE OBTENDRÁ EL VALOR DE CONTRATADOS.

SERVICIOS	PREGUNTA 6	REGISTRAR PORCENTAJE
Servicios exclusivamente propios (SERVICIO PRESTADO Y FACTURADO CON EL CUIT DE LA ENTIDAD)	1 <input type="checkbox"/>	_____
Servicios mixtos	2 <input type="checkbox"/>	_____
Servicios exclusivamente contratados	3 <input type="checkbox"/>	_____

(SÓLO PARA AQUELLOS QUE RESPONDEN SERVICIOS CONTRATADOS O MIXTOS.)

6.1. ¿Brinda servicios contratados o mixtos mediante otras figuras jurídicas vinculadas?

- Si 1 _____
- No 2 PASAR A PREGUNTA 7

6.2. ¿De qué tipo son estos servicios? (RESPUESTA DE ELECCIÓN MÚLTIPLE)

- Públicos 1
- Seguridad Social 2
- Privados 3



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

7. A TODOS, ¿Brinda servicios propios de salud?

7.1 ¿Cuáles son?

7.2 Mencione la cantidad de profesionales contratados según sus especialidades

NO	PASAR A PREGUNTA 8
SI, SERVICIOS:	PREGUNTA 7.1 PREGUNTA 7.2
Consultorios - 862110	1
Diagnóstico por imagen de baja complejidad -863120	2
Diagnóstico por imagen de alta complejidad - 863120	3
Efectores con internación - 861010	4
Emergencias - 864000	5
Farmacia - 477310	6
Kinesiología/Fisiatría - 809010	7
Laboratorio bioquímico - 863110	8
Odontología - 862200	9
Óptica - 477410	10
Ortopedia - 477330	11
Salud Mental - 861020	12
Otras (especificar)	

RELEVAR SALUD 17

Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas de Salud 2017

8. En esta entidad, ¿percibe necesidades de capacitación?

Si 1

No 2 PASAR A PREGUNTA 9

8.1. ¿Qué tipo de capacitación?

Dirigencial	1		
De Gestión	2	8.2 ¿Cuál/es?	
		Atención al asociado	1 <input type="checkbox"/>
		RRHH	2 <input type="checkbox"/>
		Cuestiones médicas	3 <input type="checkbox"/>
		Normativas legales	4 <input type="checkbox"/>
		Calidad	5 <input type="checkbox"/>

Otra (especificar) _____



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

9. Del total del Consejo Directivo/Administración y del personal, ¿qué cantidad de mujeres trabajan?, ¿y cuántos hombres?

CATEGORÍA	CANTIDAD CONSEJO DIRECTIVO	CANTIDAD PERSONAL
Mujeres	_____	_____
Hombres	_____	_____
TOTAL (HACER SUMATORIA)	_____	_____

9.2. Del total del personal, ¿cuántos tienen los siguientes niveles de estudio, ya sea en estado finalizado o en curso? (LEER LAS OPCIONES)

TÍTULO	CANTIDAD
Posgrado/Especialización/Maestría	_____
Universitario/Terciario	_____
Secundario completo	_____
Secundario incompleto	_____

10. En relación a sus asociados, ¿mediante qué mecanismos le otorga participación activa a los mismos?

MECANISMOS	CÓDIGO
Asamblea de asociados	1 <input type="checkbox"/>
Publicación de balances/Informes de gestión	2 <input type="checkbox"/>
Recepción de proyectos/sugerencias	3 <input type="checkbox"/>

Otras (especificar) _____

10.1. Indique la composición de sus asociados según género y franja etaria:

GÉNERO/FRANJA ETARIA (AÑOS)	0 -17	18-30	31-50	51- 65	+65
MUJERES	_____	_____	_____	_____	_____
HOMBRES	_____	_____	_____	_____	_____

10.2. ¿Puede indicarnos la tasa de uso promedio por asociado mensual?

10.3. ¿Y la relación gasto/recurso (en porcentaje)?

10.2 TASA DE USO _____

10.3 RELACIÓN GASTO/RECURSO _____



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

(FINALIZAR LA ENTREVISTA Y AGRADECER)

5) Observaciones Sección 1 y 2

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ENCUESTADO

RELEVAR SALUD 17

Relevamiento Nacional de Mutuales y Cooperativas de Salud 2017



FORMULARIO: "RELEVAMIENTO NACIONAL DE MUTUALES Y COOPERATIVAS DE SALUD 2017"

SECCIÓN 3 OBSERVACIONES A ANALIZAR POR EL ENCUESTADOR

1) ¿Cuál es la ubicación geográfica del lugar?

Centro 1

Periferia de las ciudades 2

2) ¿Cuál es la apariencia del inmueble?

CARACTERÍSTICA

HIGIENE Y LIMPIEZA:

¿Existe nivel de ruido constante?

SEGURIDAD:

¿Cuenta con señalización de salida de emergencia?

¿Cuenta con sistema de detección de humo?

ORDEN:

¿Hay objetos o documentación que obstruyan la fluida circulación de transeúntes?

MANTENIMIENTO:

¿Las condiciones edilicias son adecuadas?

ILUMINACIÓN:

¿Utilizan lámparas de bajo consumo?

IDENTIFICACIÓN/CARTELERÍA:

¿El inmueble es de fácil identificación a la vista?

	SI	NO	NS/NC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Indique la clasificación de accesibilidad al inmueble:

Planta baja con acceso a la calle directo 1

Planta baja sin acceso a la calle directo 2

Piso superior por escalera 3

Piso superior por ascensor 4

Otra (especificar) _____

6) Observaciones Sección 3
