





**Ministerio  
de SALUD**



## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. Descripción del Trámite .....</b>	<b>2</b>
<b>2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite? .....</b>	<b>2</b>
<b>3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea? .....</b>	<b>2</b>
<b>Paso 1 – Inicio del trámite.....</b>	<b>2</b>
<b>Paso 2 – Características de la Persona Encuestadas .....</b>	<b>2</b>
CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENCUESTADA .....	2
<b>Paso 3 – Accesibilidad al Servicio de Salud.....</b>	<b>4</b>
ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD (hospital, sanatorio o policlínica) .....	4
ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica) .....	5
<b>Paso 4 – Accesibilidad en la Atención .....</b>	<b>9</b>
ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN.....	9
<b>Paso 5 – Clausula de consentimiento informado.....</b>	<b>12</b>
<b>Paso 6 – Validación .....</b>	<b>13</b>
<b>Paso 7 – Información de interés.....</b>	<b>13</b>
<b>4. ¿Dónde puedo realizar consultas? .....</b>	<b>13</b>
<b>5. ¿Cómo continúa el trámite dentro del organismo una vez iniciado en línea? ....</b>	<b>14</b>
<b>6. Información – Soporte de Activos.....</b>	<b>15</b>

## 1. Descripción del Trámite

Es un relevamiento de información sobre accesibilidad a los Servicios de Salud del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), para ser completado en forma anónima por los usuarios.

## 2. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?

Esta información se encuentra disponible en la web [tramites.gub.uy](https://tramites.gub.uy). Para acceder a la misma ingresar en el siguiente enlace: <https://tramites.gub.uy/ampliados?id=5526>

También podrá acceder directamente a la encuesta a través del siguiente link: <https://bpmgob.msp.gub.uy/tramites/iniciar/259>

## 3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?

### Paso 1 – Inicio del trámite

Usted debe completar el formulario que se presenta en pantalla con los datos necesarios para el inicio del trámite. El asterisco a la derecha de la descripción de los datos indica que la información debe ser completada en forma obligatoria.

El formulario está formado por las siguientes secciones:

- CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENCUESTADA
- ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD (hospital, sanatorio o policlínica)
- ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)
- ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN

A continuación, detallamos cada una de las secciones del formulario:

## Paso 2 – Características de la Persona Encuestadas

### CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENCUESTADA

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENCUESTADA

Sexo\*:

Fecha de Nacimiento\*:

Situación de discapacidad\*:

Residencia habitual\*:

Localidad\*:

¿Cuál es su Prestador de Salud?\*:

Figura 1 - CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENCUESTADA

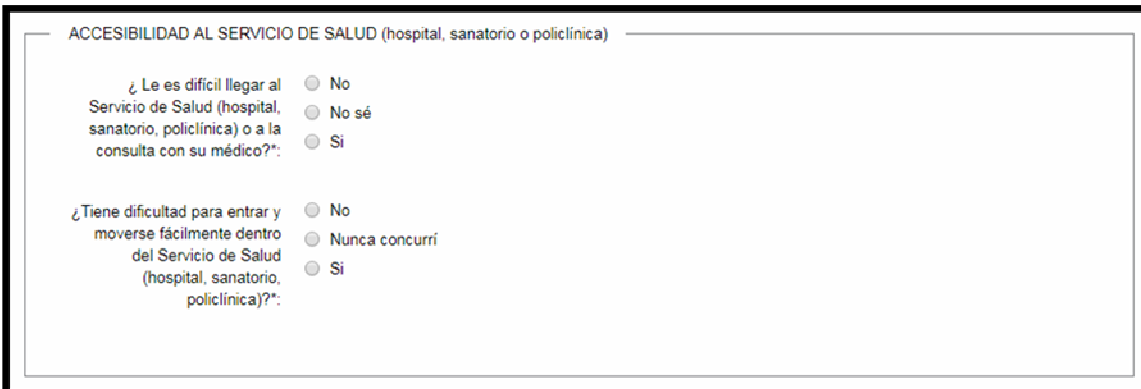
En esta sección el usuario completa información sobre las características de la persona encuestada. A continuación se describen los campos correspondientes a esta sección:

- **Sexo:** Debe indicar su orientación sexual seleccionando una de las siguientes opciones:
  - Masculino
  - Femenino
  - Otro
  - Prefiere no contestar
- **Fecha de Nacimiento:** Debe ingresar su fecha de nacimiento, la cual debe ser menor a la fecha actual.
- **Situación de discapacidad:** Debe indicar su situación de discapacidad:
  - En caso de seleccionar la opción "Sensorial" se muestra el campo:
    - **Sensorial** debe indicar cual tipo de discapacidad sensorial:
      - Ceguera
      - Baja Visión
      - Sordera
      - Hipoacúsico

- Motriz/ Física
- Mental/ Intelectual
- Mixta
- No sé/ Prefiero no contestar
- En caso de seleccionar la opción "Otra" se muestra el campo:
  - **¿Cuál es?:** Debe especificar cuál es su discapacidad.
- **Residencia habitual:** Debe indicar el departamento de Uruguay donde reside habitualmente.
  - Para el departamento seleccionado se habilita el campo:
    - **Localidad:** Debe especificar la localidad del departamento que selecciono donde reside habitualmente.
- **¿Cuál es su Prestador de Salud?:** Debe indicar cuál es su prestador de salud.

## Paso 3 – Accesibilidad al Servicio de Salud

### ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD (hospital, sanatorio o policlínica)



ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD (hospital, sanatorio o policlínica)

¿ Le es difícil llegar al Servicio de Salud (hospital, sanatorio, policlínica) o a la consulta con su médico?\*

No

No sé

Si

¿ Tiene dificultad para entrar y moverse fácilmente dentro del Servicio de Salud (hospital, sanatorio, policlínica)?\*

No

Nunca concurrí

Si

Figura 2 - ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD (hospital, sanatorio o policlínica)

En esta sección el usuario completa información sobre la accesibilidad al servicio de salud. A continuación se describen los campos correspondientes a esta sección:

- **¿Le es difícil llegar al Servicio de Salud (hospital, sanatorio, policlínica) o a la consulta con su médico?:** Debe indicar si se le dificulto para llegar al centro médico seleccionando una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - En caso de seleccionar la opción "Si" se muestra el campo:
    - **¿Porqué? Especifique:** Debe describir brevemente las dificultades que tuvo al llegar al centro médico.

- **¿Tiene dificultad para entrar y moverse fácilmente dentro del Servicio de Salud (hospital, sanatorio, policlínica) ?**: Debe indicar si se le dificulto moverse dentro del centro médico seleccionando una de las siguientes opciones:
  - No
  - Nunca concurrí
  - En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:
    - **¿Qué tipo de dificultades? Especifique**: Debe describir brevemente las dificultades que tuvo para moverse dentro del centro médico.

### ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)

ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)

¿Hay estacionamiento para personas con discapacidad?\*:  No  
 No sé  
 Si

¿Hay área para subir o bajar de vehículos para personas con movilidad reducida?\*:  No  
 No sé  
 Si

¿Hay una silla de ruedas disponible, si usted la necesita?\*:  No  
 No sé  
 Si

¿Hay ascensores accesibles para personas con discapacidad?\*:  No  
 No sé  
 Si  
 No corresponde por ser un edificio de un solo piso  
 Si lo hay, no logré encontrarlo  
 Hay, pero no me sirvió donde quería ir

Figura 3 - ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)

En esta sección el usuario completa información sobre la accesibilidad en el servicio. A continuación se describen los campos correspondientes a esta sección:

- **¿Hay estacionamiento para personas con discapacidad?\***: Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si
- **¿Hay área para subir o bajar de vehículos para personas con movilidad reducida?\***: Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- No
  - No sé
  - Si
- **¿Hay una silla de ruedas disponible, si usted la necesita?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
- No
  - No sé
  - **En caso de seleccionar la opción “Si” se muestra el campo:**
    - **¿Le ha sido fácil conseguirla?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
      - No
      - No corresponde contestar
      - Si
- **¿Hay ascensores accesibles para personas con discapacidad?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
- No hay
  - No sé
  - Si
  - No corresponde por ser un edificio de un solo piso
  - Si lo hay, no logré encontrarlo
  - Hay, pero no me sirvió donde quería ir
- En caso de seleccionar la opción “Si” se muestra el campo:
- **¿Tuvo alguna dificultad para usarlo?:** Usted debe seleccionar una de las siguientes opciones:
    - Ninguna
    - No sé porque no lo he usado
    - Si

En caso de seleccionar la opción “Si” debe seleccionar una opción de la siguiente lista:

**¿Qué tipo de dificultad encontró?:**

    - No entra la silla de ruedas
    - Los botones se encuentran demasiado altos
    - No hay señal de audio
    - Botones sin numeración en sistema Braille
    - Otro



Si Ud. utiliza sillas de ruedas, ¿le ha sido fácil encontrar, llegar y entrar a los consultorios?\*:  No  
 No sé  
 Si  
 A algunos  
 No utilizo

¿Hay baños accesibles para personas con discapacidad?\*:  No  
 No sé  
 Si

¿Hay señalización para personas ciegas?\*:  No  
 No sé  
 Si

Si Ud. tiene discapacidad visual, ¿le ha resultado fácil orientarse, desplazarse y encontrar los lugares a los que tiene que ir?\*:  No  
 No corresponde contestar  
 Si

¿Hay intérpretes de lengua de señas o personas hablantes de lengua de señas?\*:  No  
 No sé  
 Si

Figura 4 - ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)

- **Si Ud. utiliza sillas de ruedas, ¿le ha sido fácil encontrar, llegar y entrar a los consultorios?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si
  - A algunos
  - No utilizo
- **¿Hay baños accesibles para personas con discapacidad?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - En caso de seleccionar la opción "Si" se muestra el campo:
    - **¿Le ha sido fácil encontrar, llegar y utilizar el baño?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
      - No
      - Si
      - No me di cuenta / No sé

- **¿Hay señalización para personas ciegas?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si
- **Si Ud. tiene discapacidad visual, ¿le ha resultado fácil orientarse, desplazarse y encontrar los lugares a los que tiene que ir?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No corresponde contestar
  - En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:
    - **¿Qué dificultades encontró?:** Debe describir las dificultades que tuvo al orientarse o desplazarse.
- **¿Hay intérpretes de lengua de señas o personas hablantes de lengua de señas?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si



¿Ha tenido dificultad para reservar hora para la consulta?:  No  No sé  Si

¿Hay numeradores visuales?:  No  No sé  Si

¿Hay señal auditiva?:  No  No sé  Si

Figura 5-ACCESIBILIDAD EN EL SERVICIO (hospital, sanatorio o policlínica)

- **Ha tenido dificultad para reservar hora para la consulta?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si
- **¿Hay numeradores visuales?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - Si
- **¿Hay señal auditiva?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- No
- No sé
- Si

## Paso 4 – Accesibilidad en la Atención

### ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN

— ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN —

¿Qué es lo más difícil que encuentra en una consulta con su médico/a?\*:

¿Le ha sido difícil comunicarse con el personal de su servicio de salud? \*:  No  Si  No contesta

¿Ud ha tenido dificultades para realizarse un estudio (radiografía tomografía, resonancia, mamografía, laboratorio, etc.)?\*:  No  No sé / Nunca me realicé una  Si

¿Ud. ha tenido dificultades en la consulta con ginecóloga/o o con el urólogo? \*:  No  No sé / Nunca concurrí  Si

Figura 6-Accesibilidad en la atención

En esta sección el usuario completa información sobre la accesibilidad en el servicio. A continuación se describen los campos correspondientes a esta sección:

- **¿Qué es lo más difícil que encuentra en una consulta con su médico/a?:** Debe escribir que es lo que encuentra más difícil de una consulta con su médico/a.
- **¿Le ha sido difícil comunicarse con el personal de su servicio de salud?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No contesta
  - En caso de seleccionar la opción "Si" se muestra el campo:
    - **¿Porqué? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades en la comunicación con el médico /a.
- **¿Ud. ha tenido dificultades para realizarse un estudio (radiografía tomografía, resonancia, mamografía, laboratorio, etc.) ?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- No
- No sé / Nunca me realicé una
- En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:
  - **¿Qué tipo de dificultades o problemas? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades para realizarse el estudio.
- **¿Ud. ha tenido dificultades en la consulta con ginecóloga/o o con el urólogo?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé / Nunca concurrí
  - En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:
    - **¿Qué tipo de dificultades o problemas? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades para realizar la consulta con el ginecólogo/a.

¿Si Ud. estuvo internado/a, tuvo alguna dificultad para entender correctamente los cuidados que debía tener, o el tratamiento que debía seguir?*	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Nunca estuve internado/a <input type="radio"/> Si
¿Tuvo alguna dificultad para entender lo que su médico o los técnicos que le realizaron los estudios, dijeron?*	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Nunca fui <input type="radio"/> Si
Si Ud. recibió al médico en su casa, ¿tuvo alguna dificultad para entenderle? *	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Nunca vino a casa <input type="radio"/> Si

Figura 7-Accesibilidad en la atención

- **¿Si Ud. estuvo internado/a, tuvo alguna dificultad para entender correctamente los cuidados que debía tener, o el tratamiento que debía seguir?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - Nunca estuve internado/a
  - **En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:**
    - **¿Qué tipo de dificultad? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades para entender correctamente.
- **¿Tuvo alguna dificultad para entender lo que su médico o los técnicos que le realizaron los estudios, dijeron?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - Nunca fui
  - **En caso de seleccionar la opción "Sí" se muestra el campo:**
    - **¿Qué tipo de dificultad? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades para entender correctamente.
- **¿Si Ud. recibió al médico en su casa, ¿tuvo alguna dificultad para entenderle?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- No
- Nunca vino a casa
- Si

¿Usted ha tenido dificultad para pesarse en la balanza?\*:  No  
 Si  
 No sé

Teniendo en cuenta todos los aspectos anteriores, ¿Ud. está satisfecho/a con la calidad de su servicio de salud? \* :  No  
 No lo he definido  
 Si

Si Usted desea poner a disposición un mail o teléfono para que lo contactemos en algún momento para poder conversar sobre sus respuestas, le rogamos que se sirva explicitarlo:

Figura 8-Accesibilidad en la atención

- **¿Usted ha tenido dificultad para pesarse en la balanza?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No sé
  - **En caso de seleccionar la opción "Si" se muestra el campo:**
    - **¿Qué tipo de dificultad? Especifique:** Debe especificar cuáles son esas dificultades para pesarse en balanza.
- **Teniendo en cuenta todos los aspectos anteriores, ¿Ud. está satisfecho/a con la calidad de su servicio de salud?:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones:
  - No
  - No lo he definido
  - **En caso de seleccionar la opción "Si" se muestra el campo:**
    - **Marque la opción:** Debe seleccionar una de las siguientes opciones conforme a su satisfacción:
      - Insatisfecho
      - Poco Satisfecho
      - Algo Satisfecho
      - Bastante Satisfecho
      - Muy Satisfecho
    - **Utilice este campo si desea ingresar comentarios:** En caso de ser necesario ingrese los comentarios que desee.
- **Si Usted desea poner a disposición un mail o teléfono para que lo contactemos en algún momento para poder conversar sobre sus respuestas,**

**le rogamos que se sirva explicitarlo:** Si desea seguir en contacto debe ingresar un email o un teléfono donde se le pueda contactar en caso de presentarse alguna duda sobre sus respuestas.

## Paso 5 – Clausula de consentimiento informado

Clausula de Conocimiento informado

"De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados por usted quedarán incorporados en una base de datos, la cual será procesada exclusivamente para la siguiente finalidad: Encuesta sobre accesibilidad a los servicios de salud de las personas con discapacidad.

Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitadas al usuario.

El responsable de la base de datos es el Ministerio de Salud Pública / Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Avenida 18 de Julio 1892, Montevideo, según lo establecido en la LPDP".

Terminos de la Clausula\*:  Acepto los términos  
 No acepto los términos (no se enviara el mensaje)

*Figura 9-Cláusula de Consentimiento informativo*

En esta sección usted puede visualizar el siguiente mensaje:

"De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados por usted quedarán incorporados en una base de datos, la cual será procesada exclusivamente para la siguiente finalidad: Encuesta sobre accesibilidad a los servicios de salud de las personas con discapacidad.

Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitadas al usuario.

El responsable de la base de datos es el Ministerio de Salud Pública y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Avenida 18 de Julio 1892, según lo establecido en la LPDP".

Usted debe seleccionar una de las opciones, SI/NO acepta los términos de la cláusula. En caso de que seleccione la opción negativa, usted no podrá iniciar el trámite

## Paso 6 – Validación

Luego de completar los datos, debe presionar el botón "Siguiete", que se encuentra en la esquina inferior derecha de la pantalla. El sistema realiza validaciones y controles verificando el ingreso de todos los datos requeridos. En caso de que no se verifique el ingreso correctamente, el sistema agrupa en la parte superior del formulario todos los errores y permite navegar entre ellos. Para esto es necesario hacer click sobre la descripción del error y el sistema redireccionará hasta el campo que presenta el problema:

Hay **6 errores** en el formulario



1. [El campo "Motivo de la Solicitud" es obligatorio.](#)
2. [El campo "Detalle" es obligatorio.](#)
3. [El campo "Nombre del Destinatario" es obligatorio.](#)
4. [En la tabla "Productos": la columna 'Nombre del producto' en la fila 1 es requerida](#)
5. [El campo "Adjuntar la información técnica de todos los productos ingresados" es obligatorio.](#)
6. [Para continuar con el trámite .debe aceptar los \*\*Términos de la cláusula de Consentimiento\*\*](#)


Figura 10 - Errores

## Paso 7 – Información de interés

**Información de Interés**

Información de Interés

Estimado ciudadano,



Gracias por responder esta encuesta.  
La información de la misma será procesada de manera confidencial por el Área Programática de Discapacidad y Rehabilitación (Áreas Programáticas de Salud, DIGESA) del MSP con fines estadísticos.  
Por dudas o consultas comuníquese con esta Área del MSP al teléfono 1934 int 4258 o personalmente de Lunes a Viernes de 9 a 16 hs en 18 de Julio 1892 (cuarto piso)

Estimado ciudadano,

Gracias por responder esta encuesta.

La información de la misma será procesada de manera confidencial por el Área Programática de Discapacidad y Rehabilitación (Áreas Programáticas de Salud, DIGESA) del MSP con fines estadísticos.

Por dudas o consultas comuníquese con esta Área del MSP al teléfono 1934 int 4258 o personalmente de Lunes a Viernes de 9 a 16 hs en 18 de Julio 1892 (cuarto piso)

## 4. ¿Dónde puedo realizar consultas?

Mesa de ayuda del MSP:

- Vía web a través del mail: [mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)
- En forma telefónica a través del 1934 int. 3233

En los canales de Atención Ciudadana:

- En forma telefónica a través del 0800 – INFO (4636) o \*463.
- Vía web a través del mail: [atencionciudadana@agesic.gub.uy](mailto:atencionciudadana@agesic.gub.uy)





- En forma presencial en los Puntos de Atención Ciudadana, ver direcciones en [www.atencionciudadana.gub.uy](http://www.atencionciudadana.gub.uy)

En Área Programática de Discapacidad y Rehabilitación (Áreas Programáticas de Salud, DIGESA):

- En forma telefónica a través del teléfono 1934, interno 4258.

Asistencia presencial para completar el formulario en línea concurriendo a:

- Oficina de Atención al Usuario del MSP, en 18 de julio 1892, Planta Baja  
Oficina 9 B de lunes a viernes de 9:00 a 15:00hs.
- Oficinas de Atención al Usuario de los Prestadores Integrales de Salud

## 5. ¿Cómo continúa el trámite dentro del organismo una vez iniciado en línea?

El Área Programática de Discapacidad y Rehabilitación (Áreas Programáticas de Salud, DIGESA) realizan un análisis estadísticos de todas las respuestas.

## 6. Información – Soporte de Activos

Activo: SIMPLE

Criticidad (Alta/Media /Baja): Alta

Código del documento: MA-13120-002

Versión:02

Elaborado por:

Fecha:

Revisado por:

Fecha:

Aprobado por:

Fecha: