



GALLUP ARGENTINA
Av. Córdoba 883 - Piso 12 Capital Federal
TEL: 4-312-7541 Línea Rotativa
E-Mail: gallup_ar@gallup.com.ar

TIPO DE
FORMULARIO: 2
N° FORMULARIO

--	--	--	--

Encuesta : 201009-2- /2001

El Instituto Gallup está realizando una investigación sobre la salud de los argentinos. La información aquí recogida jamás se analizará en forma individual y en ningún momento se le relacionará a Ud. con las respuestas. Le rogamos sobre todo sinceridad en sus opiniones. Es preferible que no nos conteste a que sus respuestas no se correspondan con la realidad. Muchas gracias por su colaboración.

ZONA: 1. CAPITAL FEDERAL	2. GRAN BUENOS AIRES
3. OTRAS LOC. PCIA. DE BUENOS AIRES	4. RESTO INTERIOR

MANZANA N°:

Antes de empezar, nos gustaría que complete esta tabla para que sepamos cómo está compuesto su hogar. Por favor, incluyase a Ud. y a todos los miembros de su familia que vivan en su hogar (excluyendo personal doméstico).
(ENCUESTADOR: EN “RELACION CON EL ENTREVISTADO” ANOTAR EN LA COLUMNA LO QUE EL ENTREVISTADO DIJO Y LUEGO CODIFICAR DE ACUERDO AL LISTADO)

Miembro del hogar n°	Relación con el entrevistado	Sexo 1= masculino 2=femenino	Edad (en años)	Educación (en n° de años completados)
1	1 (el entrevistado)			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

CODIGOS “RELACION CON EL ENTREVISTADO”

- 1. El mismo (siempre en la primera fila)
- 2. Esposo/a / Pareja
- 3. Padre o Madre
- 4. Hijo/ a
- 5. Abuelo/a
- 6. Otro miembro de la familia
- 7. Otro no miembro de la familia

SALUD EN GENERAL

1.

¿En general, cómo calificaría Ud. su salud en este momento? **(LEER ESCALA)**

1)

Muy buena

2)

Buena

3)

Regular

4)

Mala

5)

Muy mala
2.

¿En general, y pensando en los últimos 30 días, cuánta dificultad física tuvo o no Ud. para moverse? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
3.

¿En general, y siempre pensando en los últimos 30 días, cuánta dificultad tuvo o no Ud. en lo que se refiere al cuidado personal, esto es por ejemplo lavarse o vestirse por su cuenta? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
4.

¿En general, en los últimos 30 días, cuánta dificultad tuvo o no Ud. para trabajar o para realizar tareas domésticas? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
5.

¿En general, en los últimos 30, días cuánto dolor o malestar tuvo o no Ud.? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguno

2)

Poco

3)

Moderada

4)

Severo

5)

Extremo
6.

¿En general, y siempre pensando en los últimos 30 días cuánta tristeza, angustia o preocupación sufrió o no Ud.? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
7.

¿En general, y en los últimos 30 días cuánta dificultad tuvo Ud. o no para concentrarse y recordar cosas? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
8.

¿En general, en los últimos 30 días cuánta dificultad tuvo o no Ud. en sus relaciones personales o en su participación en la comunidad? **(MOSTRAR TARJETA 1)**

1)

Ninguna

2)

Poca

3)

Moderada

4)

Severa

5)

Extrema
9.

¿En los últimos 30 días, cuántos días Ud. fue completamente incapaz (si es que lo fue) de: : **(REGISTRAR CANTIDAD DE DÍAS)**

Hacer las tareas domésticas

Días

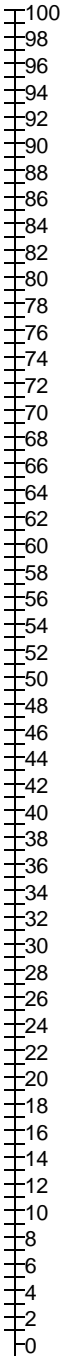
Ir a trabajar

Días

99. No trabaja
10.

Considerando los diferentes aspectos de su estado de salud actual, tal como Ud. lo describió anteriormente, ¿en qué

lugar de la escala se ubicaría Ud.?(**MOSTRAR TARJETA 2**)
(CIRCULE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA)



Mejor estado de salud imaginable

Muerte

ESTADOS DE SALUD

11.

Carlos es un atleta activo que corre carreras de larga distancia de 20 km dos veces a la semana y juega al fútbol sin problemas.

¿Cómo calificaría Ud. la dificultad de Carlos para moverse?(**MOSTRAR TARJETA 3)**

1.

Ninguna

2.

Poca

3.

Moderada

4.

Severa

5.

Extrema
12.

Juan se siente nervioso y ansioso. Se deprime 3-4 horas casi todos los días pensando negativamente sobre el futuro, pero se siente mejor en compañía de otra persona o cuando está haciendo algo que realmente le interesa.

¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Juan? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1.

Ninguno

2.

Poca

3.

Moderado

4.

Severo

5.

Extremo

13. Margarita tiene dolores de pecho y se queda sin aire después de caminar distancias de hasta 200 metros, pero puede hacerlo sin asistencia. Agacharse y cargar peso, como las bolsas del supermercado, le producen dolor.
¿Cómo calificaría Ud. su dificultad para moverse?
(MOSTRAR TARJETA 3)

1. Ninguna
2. Poca
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema
14. Ana se siente feliz y contenta la mayor parte del tiempo, pero una vez por semana se preocupa por temas del trabajo. Se deprime una vez al mes y pierde el interés pero es capaz de salir de este estado de ánimo después de unas horas.

¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Ana? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo
15. Tomás está paralizado del cuello para abajo. Debe permanecer en la cama y tiene que ser alimentado y bañado por otra persona.
¿Cómo calificaría Ud. la dificultad de Tomás para moverse? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguna
2. Poca
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema
16. Santiago está feliz y alegre casi siempre. Es muy entusiasta y disfruta de la vida.
¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Santiago? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo
17. Roberta se siente deprimida todo el tiempo, llora frecuentemente y se siente desesperada. Siente que se convirtió en una carga, y que se sentiría mejor muerta que viva, por eso planea seguido suicidarse. .
¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Roberta? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo
18. María no tiene ningún problema para moverse o utilizar sus manos, brazos o piernas. Corre 4 KM dos veces por semana sin problema.
¿Cómo calificaría Ud. su dificultad para moverse? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguna
2. Poca
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema
19. Mercedes se preocupa todo el tiempo por las cosas del trabajo y de la casa, pensando que siempre le van a salir mal. Se deprime un día entero, una vez por semana, pensando negativamente sobre el futuro, pero es capaz de salir de este estado de ánimo en algunas horas.
¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Mercedes? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo

20. Roberto es capaz de caminar distancias de hasta 200 metros sin ningún problema pero se queda sin aire después de caminar un kilómetro o de subir más de un piso de escaleras. No tiene problemas con las actividades físicas cotidianas, como cargar bolsas del supermercado.
¿Cómo calificaría Ud. la dificultad de Roberto para moverse? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguna
2. Poca
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema
21. Luis puede mover sus brazos y sus piernas, pero necesita asistencia para pararse de una silla o para caminar alrededor de la casa. Agacharse es doloroso y levantar cosas es imposible.
¿Cómo calificaría Ud. la dificultad de Luis para moverse? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguna
2. Poca
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema
22. Pedro se siente tenso y al filo del precipicio todo el tiempo. Está deprimido casi todos los días, y se siente desesperanzado. También tiene una baja autoestima, no puede disfrutar la vida y siente que se convirtió en una carga
¿Cómo calificaría Ud. el grado de angustia, de tristeza o de preocupación que siente Juan? **(MOSTRAR TARJETA 3)**

1. Ninguno
2. Poco
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo

ACERCA DE UD.

23. ¿Qué edad tiene Ud.?

_____ Años
24. ¿Es Ud. un hombre o una mujer? **(REGISTRE POR OBSERVACION- NO PREGUNTE)**

1. Mujer
2. Hombre
25. ¿Nació Ud. en Argentina?

1. Sí
2. No
3. No sabe
24. ¿Nacieron sus padres en Argentina? (ambos)

1. Sí
2. No
3. No sabe
27. ¿Cuántos años de educación formal completó Ud. (incluyendo primaria, secundaria, terciaria y universitaria) **(ENCUESTADOR: POR FAVOR CONTROLE QUE LA RESPUESTA A ESTA PREGUNTA COINCIDA CON LA RESPUESTA DADA EN LA PRIMER TABLA DEL CUESTIONARIO)**

.....años
28. Por favor, observe esta **TARJETA 4** y dígame el N° que le corresponde al Ingreso Mensual de su Hogar, es decir la suma de los ingresos de todos los miembros de la familia que trabajan. No interesa exactamente la cifra de ingresos sino el grupo donde se sitúa su familia.

	FLIAR
Más de \$ 20.000	1
De \$ 15.001 a \$ 20.000	2
De \$ 10.001 a \$ 15.000	3
De \$ 8.001 a \$ 10.000	4
De \$ 5.001 a \$ 8.000	5
De \$ 3.001 a \$ 5.000	6
De \$ 2.001 a \$ 3.000	7
De \$ 1.601 a \$ 2.000	8
De \$ 1.301 a \$ 1.600	9
De \$ 1.001 a \$ 1.300	10
De \$ 851 a \$ 1.000	11
De \$ 701 a \$ 850	12
De \$ 551 a \$ 700	13
De \$ 451 a \$ 550	14
De \$ 351 a \$ 450	15
De \$ 201 \$ 350	16

Hasta \$ 200	17
NS/NC	18

11. Existen diferentes lugares donde Ud. puede recibir servicios médicos y estos aparecen en la lista a continuación. Por favor indique el número de veces que acudió a cada uno de ellos en los últimos 30 días si es que lo hizo, para **su propia** atención médica. . **(MENCIONAR CADA LUGAR Y PREGUNTA CANTIDAD DE VECES)**

Cantidad de veces

- _____ Clínicos
- _____ Dentistas
- _____ Especialistas
- _____ Kinesiólogos
- _____ Quiroprácticos
- _____ Curanderos
- _____ Clínicas (atendidas principalmente por enfermeras, trabajando separadamente de un hospital)
- _____ Consultorios externos
- _____ Servicios de internación
- _____ Farmacias (donde habló con alguien sobre el cuidado médico y no solamente compró remedios)
- _____ Cuidado domiciliario

- 1) Otros (especificar) _____
- 2) No sabe

30. ¿ Tiene Ud algún seguro médico, público o privado, que le cubra asistencia médica ambulatoria mediante visitas a doctores, clínicas, hospitales o algún otro lugar?
- 1. Sí
 - 2. No
 - 3. No sabe
31. ¿ Tiene Ud algún seguro médico, público o privado, que le cubra internación en algún establecimiento de salud (hospitales, clínicas, sanatorios, etc)?
- 1. Sí
 - 2. No
 - 3. No sabe

A continuación hay una lista de 3 objetivos que puede tener el sistema de Salud de Argentina.. **(MOSTRAR TARJETA 5)**

Mejorar la salud de toda la población. Esto quiere decir:

- Que toda la gente viva más tiempo y con menos enfermedades..
- Que haya más igualdad en la calidad y duración de la vida

Mejorar la forma en que las personas son tratadas cuando reciben asistencia médica. Esto quiere decir:

- Que sean respetados los derechos de dignidad, autonomía, confidencialidad y clara comunicación.
- Que las necesidades básicas se satisfagan, que exista apoyo social y que las personas tengan derecho a elegir a su proveedor de asistencia médica.
- Que haya igualdad en el trato

Cobrar a cada uno lo que pueda pagar. Esto quiere decir:

- Que cada uno pague un precio justo por el costo de asistencia médica
- Que la gente sana comparta los gastos de los servicios de los enfermos
- Que la gente con nivel socioeconómico más alto pague algunos de los gastos de los enfermos de menor poder adquisitivo.

En su opinión, cuál de estos objetivos es el más importante? **(EXCLUYENTE)**

- 1) Mejorar la salud de la población
- 2) Mejorar la forma en que las personas son tratadas cuando reciben asistencia médica
- 3) Cobrar a cada uno lo que puede pagar

Y cuál le sigue en importancia? **(EXCLUYENTE)**

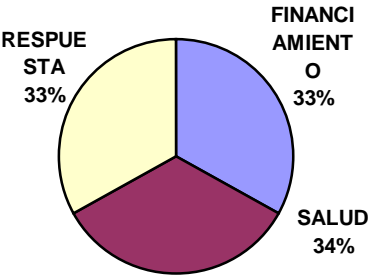
- 1) Mejorar la salud de la población
- 2) Mejorar la forma en que las personas son tratadas cuando reciben asistencia médica
- 3) Cobrar a cada uno lo que puede pagar

Y cuál es el que tiene menos importancia? **(EXCLUYENTE)**

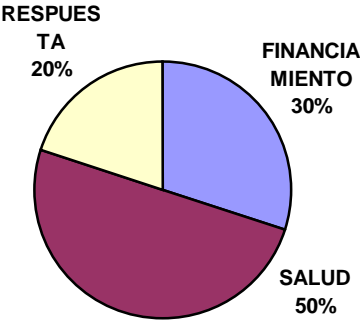
- 1) Mejorar la salud de la población
- 2) Mejorar la forma en que las personas son tratadas cuando reciben asistencia médica
- 3) Cobrar a cada uno lo que puede pagar

32. Supongamos que Ud, pudiera decirle a los médicos, compañías de seguro de salud y el Gobierno cuánta importancia debe dársele al logro de cada uno de estos objetivos. La torta que aparece en esta tarjeta representa a la Argentina. Cada porción de esta torta representa la importancia que Ud., le da a cada objetivo. Si Ud. tuviera que distribuir las porciones de la torta, qué tamaño tendría la porción del objetivo salud (mejorar la salud de toda la población), qué tamaño tendría la porción del objetivo respuesta (cómo la gente es tratada por el servicio de salud) y que tamaño tendría el objetivo pago equitativo (cobrar a cada uno lo que puede pagar). Ud. puede elegir entre alguna de estas tortas o dibujar la propia. A mayor importancia asignada a un objetivo, mayor será la porción de la torta que ocupe. **(MOSTRAR TARJETA 6 CON TORTAS. SI EL ENTREVISTADO PREFERE ARMAR SU PROPIA TORTA, POR FAVOR DIBÚJELA EN EL CUESTIONARIO)**

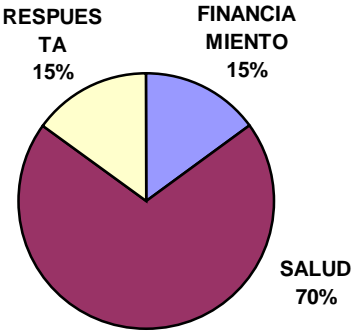
1)



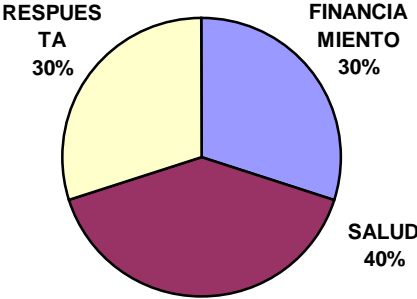
2)



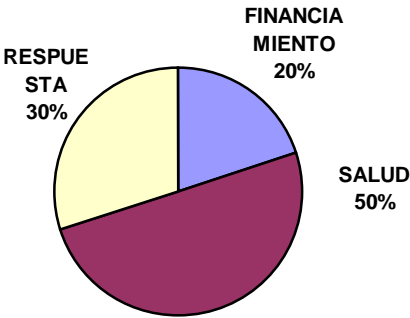
3)



4)



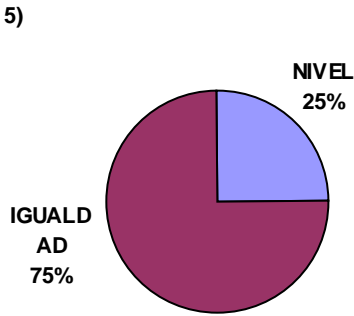
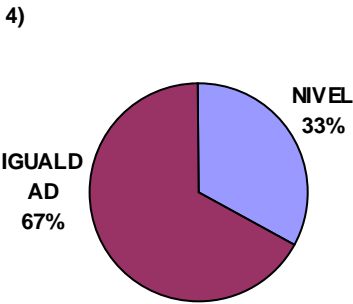
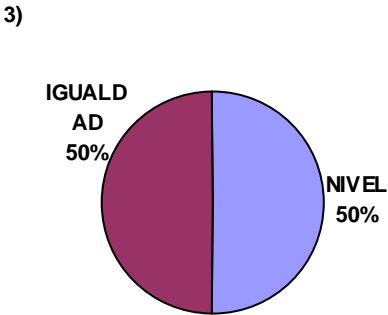
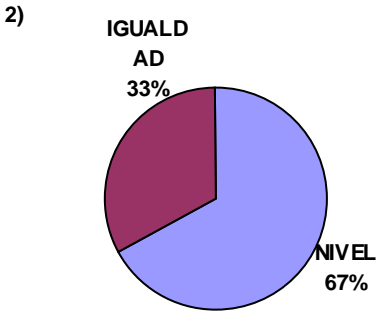
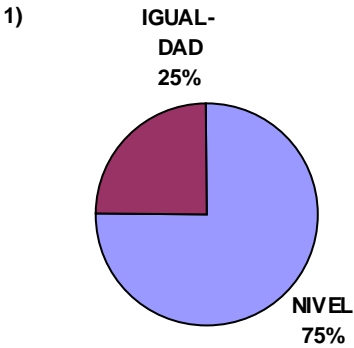
5)



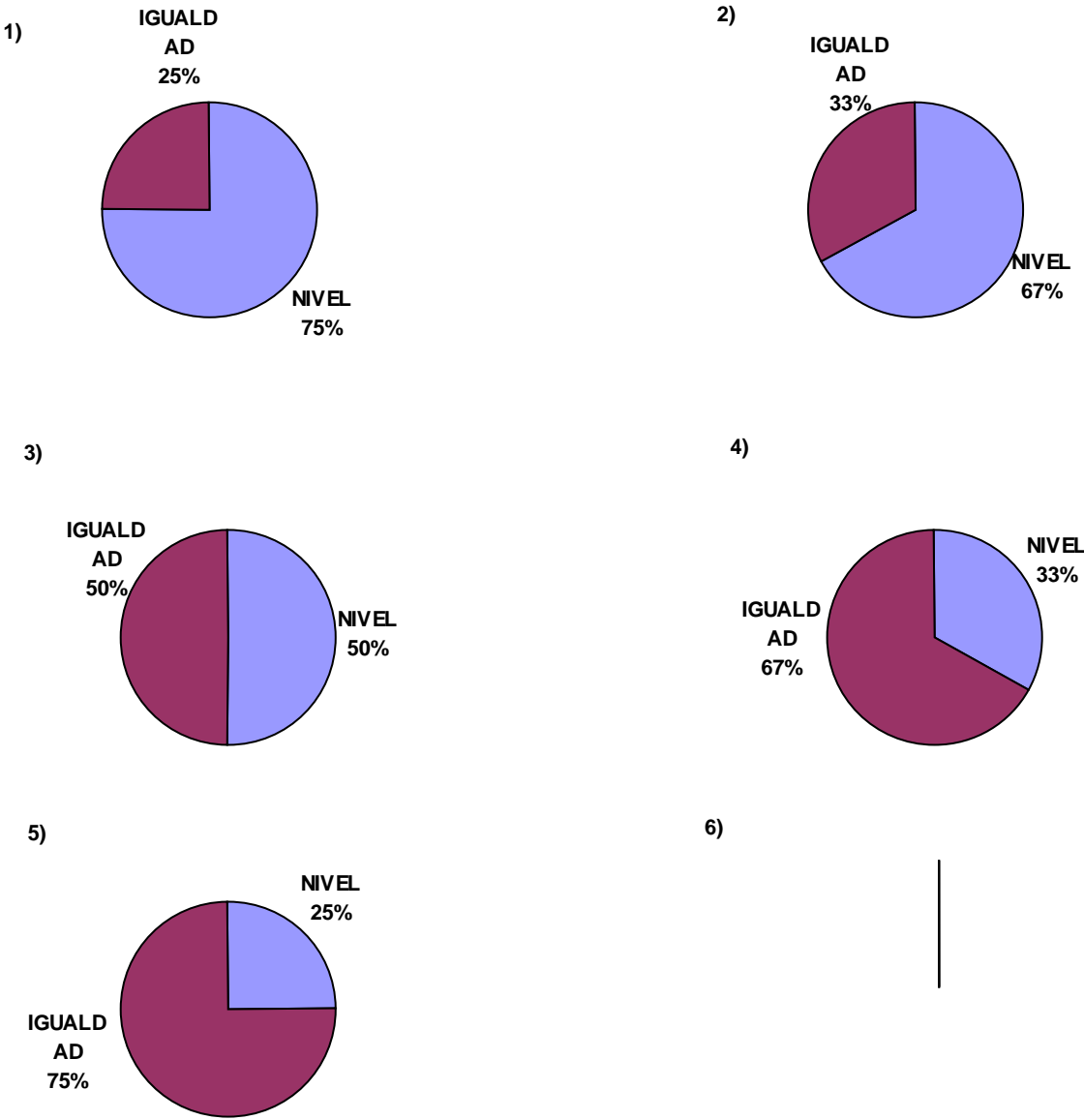
6)



33. Ahora, vamos a considerar 2 objetivos. Mejorar el nivel promedio de la salud de la población o reducir las desigualdades en la salud de la población. Por favor, divida ahora la torta en 2, recordando que a mayor importancia asignada a un objetivo, mayor será la porción de la torta que ocupe. Ud. puede elegir entre alguna de estas tortas o dibujar la propia **(MOSTRAR TARJETA 7 CON TORTAS. SI EL ENTREVISTADO PREFIERE ARMAR SU PROPIA TORTA, POR FAVOR DIBÚJELA EN EL CUESTIONARIO)**



33. Ahora, por favor, me gustaría que Ud, tuviera en cuenta estos 2 objetivos: 1) **mejorar el nivel promedio** del derecho a la dignidad, confidencialidad y a la elección del proveedor de salud de la población y 2) **reducir las desigualdades** en el derecho a la dignidad, confidencialidad y a la elección del proveedor de salud de la población. ¿Cómo dividiría Ud, la torta , si tuviese que dividirla entre estos 2 objetivos? Recuerde que puede elegir una de las tortas que aparecen a continuación o armar su propia torta. **(MOSTRAR TARJETA 8 CON TORTAS. SI EL ENTREVISTADO PREFERE ARMAR SU PROPIA TORTA, POR FAVOR DIBÚJELA EN EL CUESTIONARIO)**



- Tamaño de la localidad
- 1. Menos de 2.000 habitantes
 - 2. 2.000-5.000
 - 3. 5.000-10.000
 - 4. 10.000-20.000
 - 5. 20.000-50.000
 - 6. 50.000-100.000
 - 7. 100.000-500.000
 - 8. 500.000 y más

DATOS DE CLASIFICACION- REVISE ANTES DE ENTREGAR

ES MUY IMPORTANTE EL COMPLETO LLENADO DE ESTE APARTADO. DATOS INCOMPLETOS OCASIONARAN LA ANULACION COMPLETA DE ESTA ENCUESTA

N1.EDAD.....

N2. ESTADO CIVIL

Soltero.....	1
Casado.....	2
Unido.....	3
Separado/divorciado.....	4
Viudo.....	5
NS/NC.....	6

N3. AUTOMOVIL

Tiene	1
No Tiene.....	2

Cantidad de autos

AUTO1

Nombre.....

Código Marca auto1

AUTO2

Nombre.....

Código Marca auto2

antigüedad	hasta 2	3 A 5	6 A 9	10/14	15 +	Y	
	98-2001	95 - 97	91 - 94	86- 90	85 y +		Ns/ Nc
AUTO 1	1	2	3	4	5	6	
AUTO 2	1	2	3	4	5	6	

N5 HIJOS

¿ Tiene Ud Hijos?
1. Si->Cuantos _____
2. No

SI-SI ¿Podría Ud. Indicarme cada una de las edades de sus hijos y si viven o no en el hogar?

	Edad	VIVE en el hogar	
		Si	No
Hijo 1		1	2
Hijo 2		1	2
Hijo 3		1	2
Hijo 4		1	2
Hijo 5		1	2
Hijo 6		1	2
Hijo 7		1	2
Hijo 8		1	2
Hijo 9		1	2
Hijo 10		1	2

N10 N° TOTAL PERSONAS

Cuál es el total de personas viven aquí
Incluyendo encuestado y el personal domestico con cama adentro

N5A7 NIÑOS NO ASISTEN

Hay algún niño de 6 a 12 años en este hogar que no asista a la escuela?
Si..... 1
No..... 2

N11. N° HABITACIONES

Cuantas habitaciones en esta vivienda sin contar baño y cocina

N12. TIPO DE VIVIENDA

VIVE EN:	
Casa	1
Rancho o Casilla.....	2
Departamento	3
Casa de Inquilinato.	4
Pensión de Hotel.....	5
Local no construido para habitación.....	6
Otras formas	7
NS/NC	8

N13. SANITARIO

En el baño tienen retrete / inodoro o instalación sanitaria con descarga de agua (botón cadena, etc.)
-Si..... 1
-No..... 2

DATOS DE ENCUESTADO Y PRINCIPAL SOSTEN DE HOGAR

Siempre preguntar por el encuestado y el Ppal sostén de la Familia. Si el encuestado es PPal sostén de Familia se repite el Código.

N7. PPAL SOSTEN

¿EL ENCUESTADO ES EL PRINCIPAL SOSTEN DE LA FAMILIA, ENTENDIENDO POR TAL A LA PERSONA QUE MAS GANA EN ESTE HOGAR?
SI..... 1
NO..... 2

N8. EDUCACION

	ENC	PPAL S
Sin Estudios.....	1.....	1
Primaria Incompleta.....	2.....	2
Primaria Completa.....	3.....	3
Secundaria Incompleta.....	4.....	4
Secundaria Completa.....	5.....	5
Terc. no Univ. Incompleta....	6.....	6
Universitaria incompleta...	7.....	7
Terc. no Univ. Completa.....	8.....	8
Universitaria Completa.....	9.....	9
Post -Grado.....	10.....	10

OCUPACION

N9.A Busco trabajo en los últimos 7 días?

SI..... 1
NO..... 2

N9.B ¿TRABAJA?

ENC

PPAL S

Si (Pasa a Preg 9.E).1.....1
NO (Pasa a Preg 9.C) 2..... 2

N9.C (SI no trabaja) QUE ES ?

	ENC	PPAL S
Jubilado (a Preg 9.E).....	1	1
Pensión (a Preg 9.E).....	2	2
desocupado (a Preg 9.E)...	3.....	3
Rentista	4.....	4
Estudiante.....	5.....	5
Ama de Casa.....	6.....	6

N9.D (Sino trabaja) Trabajo alguna vez?

- Si..... 1
- No..... 2

N9.E CODIGO OCUPACION

SI TRABAJA O ES JUBILADO/ PENSIONADO DESOCUPADO
CONTESTAR CODIGO OCUPACION
-Cuál es su ocupación?
-De donde proviene su jubilación o pensión?
Si es desocupado: último empleo?

Nombre Ocupación Enc.	Nombre Ocupación PPAL SOSTEN
Código Ocupación Enc.	Código Ocupación PPAL SOSTEN
1. PUB. 2. PRIV.	1. PUB. 2. PRIV.

N15 TELEFONO CELULAR

Posee Ud. o es el usuario principal de un teléfono celular?
1. Sí
2. No

N4. POSESIONES

De estas cosas cuáles poseen en este hogar?

Heladera con Freezer	1
Freezer independiente	2
T.V. Color con control remoto.....	3
Videograbador o reproductor.....	4
Lavarropas automático.....	5
Secarropas.	6
Aire Acondicionado	7
Computadora Personal.	8
Teléfono.....	9
Tarjeta de Crédito	10
Servicio domestico cama adentro.....	11
Internet.....	12
No tiene ninguna posesión.....	13
T.V. por Cable.....	14
T.V.Satelital (Direct.T.V).....	15

N6.INGRESO FAMILIAR Y ENCUESTADO

Por favor, observe esta **TARJETA** y dígame el N° que le corresponde al Ingreso Mensual de su Hogar, es decir la suma de los ingresos de todos los miembros de la familia que trabajan. No interesa exactamente la cifra de ingresos sino el grupo donde se sitúa su familia.

Y su Ingreso Personal Mensual?	FLIAR	ENC
Más de \$ 20.000	1	1
De \$ 15.001 a \$ 20.000	2	2
De \$ 10.001 a \$ 15.000	3	3
De \$ 8.001 a \$ 10.000	4	4
De \$ 5.001 a \$ 8.000	5	5
De \$ 3.001 a \$ 5.000	6	6
De \$ 2.001 a \$ 3.000	7	7
De \$ 1.601 a \$ 2.000	8	8
De \$ 1.301 a \$ 1.600	9	9
De \$ 1.001 a \$ 1.300	10	10
De \$ 851 a \$ 1.000	11	11
De \$ 701 a \$ 850	12	12
De \$ 551 a \$ 700	13	13
De \$ 451 a \$ 550	14	14
De \$ 351 a \$ 450	15	15
De \$ 201 a \$ 350	16	16
Hasta \$ 200	17	17
NS/NC	18	18
NO TIENE INGRESO		19

DATOS ENCUESTADO

NOMBRE DEL ENCUESTADO:
.....
DOMICILIO:.....

4

-

PrefijoCarácter.Teléfono

TELEFONO CELULAR

-

PrefijoCarácter.Teléfono

1. No quiere contestar Teléfono

FECHA:

01

DURACION DE LA ENTREVISTA EN MINUTOS:

HORA

DATOS ENCUESTADOR

NOMBRE ENCUESTADOR:
.....
CODIGO ENCUESTADOR

Certifico que la entrevista ha sido realizada por mí en el hogar señalado con la persona identificada y que sus respuestas son las que aparecen en este formulario.

FIRMA
ENCUESTADOR

FIRMA
SUPERVISOR