



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: 5
N° FORMULARIO

--	--	--	--

Encuesta : 201009-5- /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 usted su salud actualmente?
(LEER ESCALA)

1.

Muy buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy mala

2.

Considerando diferentes aspectos de su estado salud actual, tal como usted la describió anteriormente, en qué lugar de la escala se ubicaría usted?(MOSTRAR TARJETA 1). (CIRCULAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA)

Mejor estado de salud imaginable

100

98

96

94

92

90

88

86

84

82

80

78

76

74

72

70

68

66

64

62

60

58

56

54

52

50

48

46

44

42

40

38

36

34

32

30

28

26

24

22

20

18

16

14

12

10

8

6

4

2

0

Muerte

Visitando a un proveedor de asistencia médica

3.

¿Recibió usted o no algún tipo de asistencia médica en los últimos 12 meses? (Incluyendo visitas a un doctor, consultorios, internaciones, etc.). Si usted es un doctor, excluya el tratamiento personal)

1.

Sí

2.

No➔ PASE A PREGUNTA 50

4.

¿Recibió usted o no algún tipo de asistencia médica externa, o algún médico lo visitó en su casa en los últimos 12 meses?
(Asistencia médica externa significa asistencia en clínicas, consultorios, hospitales o cualquier unidad médica fuera de su casa donde Ud. no se quedó a dormir)

1.

Sí

2.

No➔ PASE A PREGUNTA 35

5.

¿En los últimos 12 meses, la mayor parte de su asistencia médica provino de instalaciones médicas externas (Es decir fue a atenderse a clínicas, consultorios, hospitales) o de visitas médicas en su casa? (MOSTRAR TARJETA 2)

1.

Mayormente de instalaciones externas

2.

Mayormente de visitas médicas en mi casa

3.

Ambos por igual

6.

¿Cuándo fue su última visita a un centro de servicios médicos o proveedor de salud (clínicas, hospitales, consultorios etc.) para se atendido? Fue...(MOSTRAR TARJETA 3)

1.

¿En los últimos 30 días?

2.

¿En los últimos 3 meses?

3.

¿en los últimos 6 meses?

4.

¿Entre 6 y 12 meses atrás?

5.

No recuerda

7.

¿Cuál era el nombre del centro de servicios médicos?
(Por favor, indique el nombre del centro proveedor de salud, por ejemplo: Hospital Rivadavia. Solo indique el nombre de la persona que lo atendió si concurrió a un consultorio particular)

Nombre: _____

8.

¿El lugar que describió en la pregunta 7 era su lugar de asistencia médica habitual?(si es que Ud, tiene un lugar de asistencia médica habitual para el problema que presentó en ese momento)?

1.

Sí

2.

No

3.

No aplicable

9.

¿En lo últimos 12 meses, cuando usted necesitó asistencia médica, con qué frecuencia la obtuvo en el momento en que la necesitó? (MOSTRAR TARJETA 4)

1.

Siempre

2.

Generalmente

3.

A veces

4.

Nunca

10.

¿En los últimos 12 meses, y pensando en general cuánto tiempo tuvo usted que esperar desde el momento que demandó asistencia medica hasta que la recibió?
(REGISTRAR EN LA UNIDAD DE TIEMPO QUE CORRESPONDA)

_____ minutos

_____ horas

_____ días

_____ semanas

_____ meses

11.

¿Necesitó usted o no en los últimos 12 meses, análisis de laboratorio u otros exámenes? Por ejemplo análisis de sangre, scans, rayos-X, ecografías, etc..

1.

Sí

2.

No➔ PASE A PREGUNTA 13

12.

En general, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar usted para realizarse los análisis y/o tests de laboratorio realizados? (MOSTRAR TARJETA 5)

1.

Los obtuvo en el mismo día

2.

1-2 días

3.

3-5 días

4.

6-10 días

5.

Más de 10 días (especificar)_____

A TODOS

13. Ahora, hablando en general, cómo evalúa Ud., de acuerdo a su experiencia en los últimos 12 meses, la rapidez en la atención médica recibida? (MOSTRAR 6 TARJETA)
1. Muy Buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

5. Muy mala
14. ¿En los últimos 12 meses, cuando solicitó asistencia médica, con qué frecuencia fue tratado usted con respeto por los doctores, enfermeras, u otros encargados de proveer asistencia médica? (MOSTRAR TARJETA 7)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
15. ¿En los últimos 12 meses, cuando solicitó asistencia médica, con qué frecuencia fue tratado usted con respeto por el personal de oficina, como recepcionistas o secretarias? (MOSTRAR TARJETA 7)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
16. ¿En los últimos 12 meses, cuando solicitó asistencia médica, con qué frecuencia sus exámenes físicos y tratamientos fueron realizados de manera que su privacidad fuera respetada? (MOSTRAR TARJETA 7)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
17. ¿En general, y pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, como evalúa la dignidad en el trato recibido cuando solicitó asistencia médica? (MOSTRAR TARJETA 8)
1. Muy Bien

2. Bien

3. Regular

4. Mal

5. Muy mal
18. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros proveedores de asistencia médica lo escucharon a usted atentamente? (MOSTRAR TARJETA 9)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
19. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros proveedores de asistencia médica le explicaron a usted las cosas de manera que las pudiera entender? (MOSTRAR TARJETA 9)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
20. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros proveedores de asistencia médica le dieron a usted la posibilidad de hacer preguntas sobre su problema de salud o su tratamiento? (MOSTRAR TARJETA 9)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
21. ¿En general, y tomando como base su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa la forma en que los proveedores de asistencia médica se comunicaron con usted? (MOSTRAR TARJETA 10)
1. Muy Buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

5. Muy Mala

22. ¿En los últimos 12 meses, cuando usted pidió asistencia médica, se tomó o no alguna decisión sobre el cuidado de su salud (por ejemplo, dándole o recetándole algún remedio, tratamiento o análisis)?
1. Sí

2. No → PASE A PREGUNTA 24
23. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia los doctores, enfermeras, u otros proveedores de asistencia médica lo hicieron participar de la manera que usted esperaba, en la decisión sobre el cuidado, el tratamiento o los análisis? (MOSTRAR TARJETA 11)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca

A TODOS

24. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros proveedores de asistencia médica le pidieron autorización antes de empezar el tratamiento o los exámenes? (MOSTRAR TARJETA 11)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
25. ¿En general, y pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud. la posibilidad de involucrarse, tanto como usted lo quería, en la toma de decisiones sobre su cuidado o tratamiento? (MOSTRAR TARJETA 12)
1. Muy Buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

5. Muy Mala
26. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia las conversaciones con su doctor, enfermera u otro proveedor de asistencia médica, se realizaron en un ambiente privado, de tal manera que otras personas que usted no quería que escuchen, no pudiesen hacerlo? (MOSTRAR TARJETA 13)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca
27. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia su doctor, enfermera, u otro proveedor de asistencia médica mantuvo su información personal de manera confidencial? Esto quiere decir que cualquier persona que usted no quería que fuese informada no pueda averiguar sobre sus condiciones médicas(MOSTRAR TARJETA 13)
1. Siempre

2. Generalmente

3. A veces

4. Nunca

5. No sabe
28. ¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud. la manera en que los servicios de salud mantienen su información personal en forma confidencial? (MOSTRAR TARJETA 14)
1. Muy Buena

2. Buena

3. Regular

4. Mala

5. Muy Mala
29. ¿Durante los últimos 12 meses, de todos los doctores, enfermeras u otros proveedores de asistencia médica a su disposición, en qué medida tuvo problema, si es que tuvo alguno, para encontrar un proveedor con el cual usted estuviese satisfecho? (MOSTRAR TARJETA 15)
1. Ninguno

2. Poco

3. Algo

4. Bastante

5. Mucho
30. ¿En los últimos 12 meses, en qué medida tuvo problema, si es que tuvo alguno, en acostumbrarse a un servicio médico distinto al que generalmente asistía? (MOSTRAR TARJETA 15)
1. Ninguno

2. Poco

3. Algo

4. Bastante

5. Mucho

6. No aplicable- Nunca probó

31.

¿En general, y pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud. usted la capacidad de elegir por si mismo un proveedor de asistencia médica? **(MOSTRAR TARJETA 16)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
32.

Pensando sobre los lugares de asistencia médica que usted visitó en los últimos 12 meses, ¿cómo califica usted la calidad de las salas de espera, por ejemplo, espacio, lugar para sentarse y ventilación? **(MOSTRAR TARJETA 16)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala

6.

No es aplicable – (visitas en mi casa)
33.

Pensando en los lugares que Ud. visitó para su asistencia médica en los últimos 12 meses, ¿cómo evalúa usted la limpieza del lugar? **(MOSTRAR TARJETA 16)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala

6.

No es aplicable – visitas en mi casa
34.

¿En general, cómo califica usted la calidad del ambiente, por ejemplo el espacio, lugar para sentarse, ventilación, limpieza de los servicios médicos que usted visitó en los últimos 12 meses? **(MOSTRAR TARJETA 16)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala

6.

No es aplicable – (visitas en mi casa)

CUIDADO EN LOS LUGARES DONDE USTED PASO LA NOCHE

35.

¿Pasó usted por lo menos una noche en los últimos 12 meses, en algún centro de asistencia médica o en algún hospital o clínica para su propia atención de salud?

1.

Sí

2.

No ➔ PASE A PREGUNTA 50
36.

¿Cuál es el nombre del hospital o clínica en el cual Ud, pasó más recientemente una noche en los últimos 12 meses para su propia atención médica?
37.

¿Recibió usted el cuidado hospitalario tan rápido como usted lo quiso?

1.

Sí

2.

No
38.

Cuando estaba en el hospital hospital o clínica en el cual Ud, pasó por lo menos una noche, ¿con qué frecuencia recibió usted la atención de los doctores y enfermeras tan rápido como usted la solicitaba? **(MOSTRAR TARJETA 17)**

1.

Siempre

2.

Generalmente

3.

A veces

4.

Nunca
39.

Ahora, en general, y pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud, la rapidez de la atención en el hospital o clínica en el cual Ud, pasó por lo menos una noche? **(MOSTRAR TARJETA 18)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
40.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud. la dignidad en el trato recibido en el hospital o clínica en el cual Ud, pasó por lo menos una noche? **(MOSTRAR TARJETA 18)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala

41.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud la forma en qué los proveedores de asistencia médica se comunicaron con usted? **(MOSTRAR TARJETA 18)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
42.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud la posibilidad de involucrarse, tanto como usted lo quería, en la toma de decisiones sobre su cuidado o tratamiento? **(MOSTRAR TARJETA 19)**

1.

Muy Bien

2.

Bien

3.

Regular

4.

Mal

5.

Muy Mal
43.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud la manera en que el hospital o clínica donde Ud. pasó por lo menos una noche guardó de manera confidencial información personal sobre usted? **(MOSTRAR TARJETA 19)**

1.

Muy Bien

2.

Bien

3.

Regular

4.

Mal

5.

Muy Mal
44.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud la posibilidad de elegir por Ud. mismo el hospital o clínica donde asistirse? **(MOSTRAR TARJETA 20)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
45.

En general, ¿cómo califica usted la calidad del ambiente, por ejemplo el espacio, el lugar para sentarse, el ventilación y la limpieza, en el hospital o clínica donde Ud, pasó por lo menos una noche en los últimos 12 meses? **(MOSTRAR TARJETA 20)**

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
46.

¿En los últimos 12 meses, cuando usted se quedó en un hospital, clínica o centro de salud, en qué medida tuvo problema, si es que tuvo alguno, para que el hospital autorice a su familia o amigos a hacerse cargo de sus necesidades personales, como traerle su comida preferida, jabón etc...? **(MOSTRAR TARJETA 21)**

1.

Ninguno

2.

Poco

3.

Algo

4.

Bastante

5.

Mucho
47.

Durante su estadía en el hospital, clínica o centro de salud ¿en qué medida tuvo problema, si es que tuvo alguno, para que el hospital lo autorice a practicar costumbre religiosas o tradicionales, si así lo quería usted? **(MOSTRAR TARJETA 21)**

1.

Ninguno

2.

Poco

3.

Algo

4.

Bastante

5.

Mucho
48.

¿En general, y siempre pensando en su experiencia en los últimos 12 meses, cómo evalúa Ud la manera en que el hospital, clínica o centro de salud lo dejó interactuar con su familia, amigos y continuar con sus costumbres sociales y/o religiosas? **(MOSTRAR TARJETA 22)**

1.

Muy Bien

2.

Bien

3.

Regular

4.

Mal

5.

Muy Mal

49. En los últimos 12 meses, y pensando en nuestro país fue usted o no tratado de mala manera por el sistema médico o sus servicios de salud por su: **(POR FAVOR CIRCULE 1 O 2 PARA CADA ITEM)**
- | Sí | No | |
|----|----|------------------------------|
| 1 | 2 | Nacionalidad |
| 1 | 2 | Clase social |
| 1 | 2 | Falta de seguro privado |
| 1 | 2 | Raza |
| 1 | 2 | Color |
| 1 | 2 | Sexo |
| 1 | 2 | Idioma |
| 1 | 2 | Religión |
| 1 | 2 | Creencias políticas/otras |
| 1 | 2 | Estado de salud |
| 1 | 2 | Falta de riqueza o de dinero |
| 1 | 2 | Otros (especificar)_____ |

A TODOS

- 50 En los últimos 12 meses, ¿alguna vez dejó usted de buscar asistencia médica porque no podía pagarla?
1. Sí

2. No
- 51 Lea las tarjetas a continuación. Tienen descripciones de diferentes maneras en las que el servicio médico de Argentina demuestra respeto por la gente y pone a la gente en el centro del cuidado. Teniendo en cuenta lo que aparece en estas tarjetas, y el sistema medico en general, ¿cuál es para usted el más importante y el menos importante? **(MOSTRAR TARJETA-23)**

1)

DIGNIDAD

◆ sentirse respetado

◆ que las exámenes físicos se hagan en privado

2)

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

◆ que su historia médica sea confidencial

Tener conversaciones con proveedores de asistencia médica de tal manera que otras personas que usted no quiera que escuchen no puedan hacerlo.

3)

ELECCION

◆ Poder elegir por si mismo su doctor o enfermera u otra persona que le provea su asistencia médica.

◆ Poder ir a otro lugar para su asistencia médica si así lo desea.

4)

ATENCION INMEDIATA

◆ tener una distancia y un tiempo de traslado razonable entre su casa y su centro proveedor de asistencia médica.

◆ recibir cuidado rápido en las emergencias.

◆ tener horas de espera cortas para las citas y consultas, y que los exámenes se hagan con rapidez.

◆ que haya listas de espera cortas para las cirugías que no son emergencias

5)

AUTONOMÍA

◆ estar involucrado en la decisión de su asistencia o tratamiento si usted lo desea.

◆ que el proveedor de asistencia médica le solicite autorización antes de empezar un tratamiento o de hacer análisis.

6)

AMBIENTE

◆ tener suficiente espacio, lugar para sentarse y ventilación en la sala de espera.

◆ Tener instalaciones limpias (incluyendo baños limpios)

◆ tener comida sana y comible

7)

APOYO SOCIAL

◆ Que se permita la provisión de comida y otros regalos por los familiares.

◆ que esté permitida la libertad de las prácticas religiosas.

8)

COMUNICACION

◆ que el proveedor lo escuche atentamente

◆ que el proveedor le explique las cosas para que usted las entienda.

◆ Tener posibilidad de hacer preguntas.

	MAS IMP.	MENOS IMP
1)Dignidad	1	1
2)Confidencialidad de inf	2	2
3)Elección	3	3
4)Atención inmediata	4	4
5)Autonomía	5	5
6)Ambiente	6	6
7)Apoyo social	7	7
8)Comunicación	8	8

ACERCA DE USTED

52. ¿Qué edad tiene usted?
- _____ Años
53. ¿Es usted un hombre o una mujer? **(ENCUESTADOR: POR FAVOR NO PREGUNTE. REGISTRE POR OBSERVACION)**
1. Mujer

2. Hombre
54. ¿Nació usted en Argentina?
1. Sí

2. No

3. Ns/Nc
55. ¿Nacieron sus padres en Argentina? (ambos)
1. Sí

2. No

3. Ns/Nc
56. ¿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
57. Por favor, observe esta **TARJETA 24** 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.

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

58. Existen diferentes lugares donde usted 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. . **(MENTIONAR CADA LUGAR Y PREGUNTA CANTIDAD DE VECES) IMPORTANTE: SI EL ENTREVISTADO VISITÓ A ALGUNO DE ESTOS PROVEEDORES DEBERA HABER RESPONDIDO LA SECCION “VISITANDO A UN PROVEEDOR DE ASISTENCIA MEDICA”-CONTROLAR**iii

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

59. ¿ 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
60. ¿ 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

CONSIDERE LOS SIGUIENTES ESCENARIOS

61. Juana llevó a su hija de seis meses de edad al centro médico para el control general. El doctor se mostró muy molesto cuando se dio cuenta que Juana no había llevado la tabla de crecimiento de su bebé. La regañó fuertemente frente a las demás madres que habían ido a la clínica, y continuó quejándose sobre las madres desconsideradas que causan trabajo extra, mientras pesaba al bebe.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Juana?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
62. Rosa es una persona mayor que es analfabeta. Ultimamente se sintió mareada y tuvo problemas para dormir. El doctor no parecía muy interesado en lo que ella le decía. Le dijo que no era nada y anotó algo en un trozo de papel, diciéndole que consiga las medicación en la farmacia.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Rosa?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
63. Ana llevó a su hija de tres meses para su vacunación. La enfermera le preguntó por qué no había ido a la clínica antes, y estuvo dispuesta a escuchar que Ana había tenido problemas para encontrar transporte. La enfermera le advirtió sobre la importancia del monitoreo regular del crecimiento de su bebé.
- ¿Cómo evaluaría Ud., la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Ana?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
64. Florencia va al hospital porque tiene un dolor en el estómago. La enfermera le grita porque no tiene una documentación que necesita Otras dos enfermeras presentes, hacen comentarios groseros sobre la familia de Florencia y sobre los de su pueblo. A pesar de que Florencia está dolorida y quejándose, no le preguntan si se quiere sentar mientras sus datos personales son entrados en el registro.
- ¿Cómo evaluaría Ud., la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Florencia?(MOSTRAR TARJETA 25)

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

65. Carmen fue para un análisis de sangre y el doctor le dijo que tenía “diabetes mellitus” y que su actividad pancreática es deficiente. También le dijo que necesita inyecciones de insulina tres veces por día y que debería cuidarse de la hipoglicemia. Si no se controla el nivel de azúcar en la sangre, también puede quedarse ciega. Carmen se siente muy mal porque no entiende lo que el doctor le está diciendo, pero tiene que irse porque ya llamó al siguiente paciente.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Carmen?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
66. Julia visita el centro de salud para un tratamiento en un momento en el que hay mucha gente. Los pacientes están impacientes por obtener su tratamiento y son reacios a hacer la cola y esperar su turno. Las enfermeras son muy pacientes la mayoría de las veces al pedirles a los pacientes que esperen su turno, pero ocasionalmente se enojan y le gritan por no respetar la cola.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Julia?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala
67. Matilde es una joven mujer que fue llevada a la clínica por su familia porque se siente muy ansiosa y angustiada. Tiene miedo de morir a pesar de que tiene un buen estado de salud. El doctor se tomó el tiempo de escucharla y de apoyarla y la invitó a volver a clínica cuando ella quiera.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Matilde?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
68. Sonia llegó a la clínica con su hija de tres meses de edad. La madre dice que su bebé perdió mucho peso, que tuvo fiebre por dos días y que no quiere tomar la leche. El doctor escuchó a la madre sin interrumpirla. Le preguntó información adicional y la motivó para que le haga preguntas si no entendía.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Sonia?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala
69. Federico tiene SIDA. Cuando entra al centro de cuidado medico, el doctor le estrecha la mano. Lo invita a sentarse y le pregunta sobre sus problemas. Las enfermeras están preocupadas por Federico. Le dan consejos para mejorar su salud,
- ¿Cómo evaluaría Ud. la dignidad con la que el proveedor de cuidado trató a Federico?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala
70. A Mario le dijeron que tiene epilepsia y que necesita tomar medicación. El doctor le explicó brevemente lo que es la enfermedad. Está muy ocupado y hay una cola de pacientes esperando para verlo. A Mario le gustaría saber más acerca de lo que tiene, pero siente que no hay tiempo para hacer preguntas y que el doctor no va a ser de gran ayuda.
- ¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Mario?(MOSTRAR TARJETA 25)
1. Muy Buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy Mala

71.

Raúl tiene SIDA. Cuando va a su centro de cuidado medico siente que todos los doctores y enfermeras son antipáticos con él. No le hablan libremente. Muchas veces, de manera deliberada lo ignoran. A menudo tiene que rogarles para que le contesten sus preguntas.

¿Cómo evaluaría Ud. la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Raúl?(**MOSTRAR TARJETA 25**)

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy mala
72.

A Tomás le dijeron que tiene cataratas y que necesita operarse. Nunca le revisaron los ojos y no entiende por qué no puede ver bien. El doctor le explicó a Tomás lo que tiene, pero no entendió ni una palabra y tiene miedo de preguntar de nuevo. El doctor no verificó si entendió o no.

¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Tomás?(**MOSTRAR TARJETA 25**)

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala
73.

Patricia va regularmente a un centro de asistencia médica cerca de su casa. Allí las enfermeras están muy ocupadas pero siempre le hablan amablemente. Sin embargo, la recepcionista está a menudo de mal humor, y le grita a Patricia y a otros pacientes. Todas las citas para ver a los doctores se hacen a través de esta recepcionista, así que los pacientes tienen que aguantar su maltrato.

¿Cómo evaluaría Ud. la dignidad con la que el proveedor de cuidado medico trató a Patricia?(**MOSTRAR TARJETA 25**)

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy mala
74.

Santiago estuvo teniendo un dolor en el pecho durante un tiempo. Cada vez que tose o que ejercita, le duele el pecho. Fumó durante 30 años. Después de examinarlo, el doctor le dijo que tendría cáncer si no deja de fumar. El doctor no es muy amable y ni siquiera le sugirió lo que Santiago podría hacer para dejar de fumar.

¿Cómo evaluaría Ud. la manera en la que el proveedor de cuidado médico se comunicó con Santiago?(**MOSTRAR TARJETA 25**)

1.

Muy Buena

2.

Buena

3.

Regular

4.

Mala

5.

Muy Mala

- 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..... Nomb.....

Código Marca auto1

AUTO2

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?

- S.I..... 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.	1. PUB.
2. PRIV.	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 \$ 350	16	16
Hasta \$ 200	17	17
NS/NC	18	18
NO TIENE INGRESO		19

DATOS ENCUESTADO

NOMBRE DEL ENCUESTADO:

.....

DOMICILIO:.....

4

-

Prefijo

Carácter.

Teléfono

TELEFONO CELULAR

-

Prefijo

Carácter.

Teléfono

1. No quiere contestar Teléfono

FECHA: 01

DURACION DE LA ENTREVISTA EN MINUTOS:

HORA

DATOS ENCUESTADOR

NOMBRE 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