



Nº. CUESTIONARIO: |_|_|_|_|_|

ENCUESTA

DE

SALUD

2013



CUESTIONARIO FAMILIAR

LEY 4/1986 DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: Las personas o entidades tienen obligación de suministrar la información estadística que les sea requerida con independencia de su naturaleza física, jurídica, pública o privada.
- Artículos 19 al 23: Toda información proporcionada estará sometida al secreto estadístico y bajo ningún concepto podrá ser facilitada con carácter individual a ninguna persona o entidad, ya sea pública o privada.

INFORMACIÓN SUJETA A SECRETO ESTADÍSTICO.

SECCIÓN DE IDENTIFICACIÓN

1.a) ¿Cuáles son los nombres y apellidos de las personas que viven en esta vivienda?

1.b) He apuntado a ([Encuestador/a: lea los nombres](#)) ¿He olvidado

. Algún bebé?

. Algún empleado/a?

. Alguien que viva aquí pero que esté fuera (de viaje o en el hospital)?

2. ¿Qué edades tienen?

Número	Nombre	Apellido 1	Apellido 2	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

CÓDIGO SECCIÓN

KEY

Nº CUESTIONARIO

Nº MIEMBROS

ENCUESTADOR/A

FECHA:

MES

DÍA

EUSKERA

SÍ
NO

1
2

DATOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE _____

APELLIDO 1º _____ APELLIDO 2º _____

1. DIRECCIÓN

2.- ¿Vivían Uds. en esta dirección en el año 2007?

Sí..... 1

No..... 2

TELÉFONO 1 _____

TELÉFONO 2 _____

COMENTARIOS

COMENTARIOS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DURACIÓN: _____

MINUTOS

“RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD”

PARA TODAS LAS PERSONAS

PERIODO DE REFERENCIA 14 DÍAS

SECCIÓN DE INDICADORES DE SALUD

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud desde el día hasta ayer.

(ENSEÑAR EL CALENDARIO DE LA ENTREVISTA)

La 1ª pregunta es para conocer la actividad en los últimos 14 días.

3. ¿Cuál ha sido la actividad principal de desde el día hasta ayer?

. Trabajo o de baja laboral	1
. Labores de hogar	2
. Escolar y Guardería	3
. Menores no escolarizados/as	4
. En paro	5
. En jubilación o pensionistas	6
. Otros (Baja maternal, en cama por enfermedad crónica,...)	7
. No sabe	8
. No Contesta	9

4.a) Desde el día hasta ayer, ¿..... ha tenido que quedarse en la cama (en casa o en el hospital), por algún motivo de salud? (Si es una persona encamada crónica marque “No”).

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p5) (p5) (p5)

4.b) ¿Cuántos días ha tenido que quedarse en la cama (en casa o en el hospital) durante la mayor parte del día (al menos ½ día)?

_____ DÍAS

(PERSONAS CUYA RESPUESTA A LA P.3 HAYA SIDO: 1, 2 ó 3)

5.a) Desde el día hasta ayer, ¿ha dejado de: trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio, al menos la mitad de la jornada por algún motivo de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p6) (p6) (p6)

5.b) Desde el día hasta ayer de los días que debería haber: ido al trabajo, hecho las labores del hogar, ido al colegio... ¿Cuántos días no ha podido hacerlo al menos la ½ de la jornada por motivos de salud?

_____ DÍAS

5.c) ¿De los que no ha podido, trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio,... ¿cuántos días se ha quedado en la cama durante la mayor parte del día (al menos ½ día) contando también los días pasados en el hospital?

_____ DÍAS

OJO: SI LAS PREGUNTAS 4a) 5a) SON SÍ, NO TIENEN POR QUÉ SER EL MISMO NÚMERO DE DÍAS.

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

(RECORDAR ACTIVIDAD HABITUAL Y DE OCIO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES JUGAR, IR AL BAR, IR AL CINE, IR AL CLUB, IR A MISA, LEER, VER LA TELEVISIÓN, HACER DEPORTE, ESTUDIAR ...)

6.a) Sin contar los días indicados anteriormente. Desde el día hasta ayer:
¿Ha tenido que suspender o moderar sus actividades habituales por motivos de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

6.b) ¿Cuántos días ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales?

_____ DÍAS

(PREGUNTAR A QUIENES TENGAN DÍAS DE RESTRICCIÓN)

7.a) ¿Cuál o cuáles han sido los problemas de salud que obligaron a a suspender o moderar sus actividades habituales? (Posibilidad de grabar dos problemas de salud)

.....
.....

7.b) El problema de salud que obligó a a suspender o moderar sus actividades ha sido causado por:

. Accidente laboral	1
. Accidente de tráfico	2
. Accidente doméstico	3
. Otro tipo de accidente	4
. Enfermedad común	5
. Enfermedad derivada del trabajo	6
. Violencia física	7
. Otras causas	8

“REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA”

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad para la realización de las actividades de la vida cotidiana según su estado de salud.
(Problemas de salud que limiten de forma permanente o de forma crónica la actividad).

8. HACER LAS PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

. De 0 a 4 años	p. 9	1
. De 5 a 17 años	p. 10	2
. De 18 a 69 años	p. 11	3
. 70 años en adelante	p. 12	4

9. DE 0 A 4 AÑOS.

9.a) ¿Su estado de salud o alguna deficiencia le **imposibilita** a participar en los juegos habituales de los otros niños y niñas?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

9.b) ¿..... **tiene alguna limitación** en el tipo o cantidad de juego en el que puede participar por motivos de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

10. DE 5 A 17 AÑOS.

10.a) Su estado de salud o alguna deficiencia, le **imposibilita** a ir a un colegio o centro educativo?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

10.b) ¿Necesita ir a un centro educativo especial o a clases especiales por alguna deficiencia o problema de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

10.c) La asistencia de al centro educativo ¿Se ve **limitada** por algún problema de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

11. - DE 18 A 69 AÑOS.

11.a) Actualmente..... **tiene un empleo**?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p11. c)

11.b) Su estado de salud. ¿Le **imposibilita** o le **imposibilitaría** a actualmente trabajar?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

11.c) Se encuentra **con alguna limitación**..... en el tipo o cantidad de trabajo que puede o podría hacer, por motivos de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a)

(p13)

(p13)

(p13)

12. DE 70 AÑOS Y MÁS.

12.a) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar actividades personales como comer, bañarse o ducharse, vestirse o moverse por la casa como consecuencia de algún problema de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14.a) (p12.b) (p12.b) (p12.b)

12.b) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar las labores de casa como: planchar, lavar, limpiar, cocinar, o llevar sus asuntos como: hacer las cuentas, cobrar la pensión, hacer los papeleos o ir a la compra como consecuencia de algún problema de salud?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p14a) (p13) (p13) (p13)

13. Se encuentra limitado/a de alguna forma por alguna deficiencia o problema de salud para realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad o sexo?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

Si p13=1 pasar a p14.a
Si p13=2,8 ó 9 pasar a p15

14.a) ¿Desde cuándo?

(RECORDAR, AÑO QUE EMPEZÓ LA LIMITACIÓN APROXIMADAMENTE. Si se desconoce el MES, anote un 6)

MES AÑO
|_|_| |_|_|_|_|_|

14.b) ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud que le han causado esta limitación?

.....
.....

14.c) El problema de salud que le ha causado esta limitación ha sido causado por:

. Accidente laboral	1
. Accidente de tráfico	2
. Accidente doméstico	3
. Otro tipo de accidente	4
. Enfermedad común	5
. Enfermedad derivada del trabajo	6
. Violencia física	7
. Otras causas	8

PARA TODAS LAS PERSONAS

15. ¿Necesita ... cuidados o ayuda de otra persona para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana?

. Sí, todos los días, 24 horas al día	1	Pasar a pregunta 16
. Sí, todos los días, menos de 24 horas al día	2	Pasar a pregunta 16
. Sí, varias veces por semana	3	Pasar a pregunta 16
. Sí, de vez en cuando	4	Pasar a pregunta 16
. No necesita ayuda ni cuidado de otra persona	5	(Ver grafo al final de la pregunta)
. No sabe	8	Pasar a pregunta 20
. No contesta	9	Pasar a pregunta 20

Si p15=5 y (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) pasar a p18

Si p15=5 y p13=2, 8 ó 9, y edad >= 15 pasar a p20

Si p15=5 y p13=2, 8 ó 9, y edad < 15 pasar a p22

16. ¿Quién le presta esos cuidados o ayuda? (ENCUESTADOR/A: ANOTAR LAS OPCIONES DE RESPUESTA NECESARIAS)

	Sí	No	
a) Un familiar con el que convive. Indicar cuidador/a principal.	1	2	
b) Un familiar que no convive. Indicar cuidador/a principal (relación de códigos de parentesco).	1	2	Código Parentesco
c) Servicios sociales públicos, Ayuntamiento, Diputación.	1	2	
d) Servicios sanitarios públicos, ambulatorio, centro de salud.	1	2	
e) Persona contratada a la que se le paga con ayuda de las prestaciones económicas de la Ley de Ayuda a la Dependencia (LAPAD).	1	2	
f) Persona contratada a la que se le paga sin ayuda de las prestaciones económicas de la Ley de Ayuda a la Dependencia (LAPAD).	1	2	
g) Empresa privada de servicios sociales o sanitarios.	1	2	
h) Voluntariado (Cáritas...).	1	2	
i) Vecino/a.	1	2	
j) Nadie.	1	2	
k) Otros.	1	2	

RELACIÓN CÓDIGOS DE PARENTESCO: (MOSTRAR TARJETA N° 1)

. Esposo/a o pareja	1	. Mi hermano	9
. Madre	2	. Mi nieta	10
. Padre	3	. Mi nieto	11
. Mi hija	4	. Abuela	12
. Mi hijo	5	. Abuelo	13
. Mi nuera	6	. Otra mujer que sea familiar	14
. Mi yerno	7	. Otro hombre que sea familiar	15
. Mi hermana	8	. Otras personas	16

Si (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) y:

- p16.a=1 pasar a p17.a
- p16.b=1 anotar código de parentesco (p16.b.2) y pasar a p18
- p16.a=2 y p16.b=2 y cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.j pasar a p18

Si p13=2, 8 ó 9 y:

- p16.a=1 pasar a p17.a
- p16.b=1 anotar código de parentesco y si edad >= 15 pasar a p20
- p16.b=1 anotar código de parentesco y si edad < 15 pasar a p22
- p16.a=2 y p16.b=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.j y si edad >= 15 pasar a p20
- p16.a=2 y p16.b=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.j y si edad < 15 pasar a p22

BLOQUE CUIDADOR/A INFORMAL: (Realizar sólo si p16.a =1)

17.a) ¿Cuál es el parentesco de ese familiar (p16.a) que se encarga principalmente de esos cuidados o ayuda?

Anotar código parentesco

17.b) ¿Cuál es el orden en la familia? (ENCUESTADOR/A: ANOTAR)

Anotar el orden familia

17.c) ¿Cuántas horas dedica como media al día en los cuidados o ayuda de (NOMBRE PERSONA CUIDADA)?

De lunes a viernes horas minutos

Sábado y domingo horas minutos

17.d) ¿Recibe prestación económica de la Ley de Ayuda a la Dependencia (LAPAD)?

Sí..... 1

No 2

17.e) ¿Participa algún/a familiar más con el/la que convive en su cuidado?

Sí..... 1
 No..... 2

Si (p9.a=1 o p9.b=1 o p10.a=1 o p10.b=1 o p10.c=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) y:

- y p17.e=1 pasar a Tabla 1 y después a p18
- y p17.e=2 pasar a p18

Si p13=2, 8 ó 9 y:

- y p17.e=1 pasar a Tabla 1 y después si edad > =15 pasar a p20
- y p17.e=1 pasar a Tabla 1 y después si edad <15 pasar a p22
- y p17.e=2 y si edad > = 15 pasar a p20
- y p17.e=2 y si edad < 15 pasar a p22

TABLA 1

Señale qué persona(s) y cuántas horas de promedio al día dedica al cuidado de (Nombre de persona que se trate)

Nombres (columna autorrellenada)	Número de orden (entrevistador/a selecciona la cifra) (P17fX)	Código de parentesco (P17fXa)	De lunes a viernes		Sábado y domingo	
			Horas	Minutos	Horas	Minutos
			(P17fXb)	(P17fXc)	(P17fXd)	(P17fXe)
	1		_____	_____	_____	_____
	2		_____	_____	_____	_____

(La X del número del nombre de la variable se sustituye por el número de orden. Para cada columna, habrá tantas variables como personas en el domicilio. Por ejemplo, para la columna de número de orden, en un domicilio con cuatro personas, si el familiar a añadir como persona cuidadora según la p17.e) fuera la de orden 2, los valores para las cinco variables correspondientes a esa columna podrían ser:

p17.f.1=9
 p17.f.2=1

Para la columna número de horas de lunes a viernes, suponiendo que la persona 2 dedica 4 horas de promedio al día:

p17.f.1.b=99
 p17.f.2.b=04

PARA LAS PERSONAS CON ALGUNA LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD

18. Durante los últimos 12 meses , , debido a alguna limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana ¿ha utilizado personalmente alguno de los siguientes servicios asistenciales? (Respuesta múltiple) (Presentar TARJETA N° 1 B)

	Sí	No	NS	NC
a) No he utilizado ninguno	1	2	8	9
b) Centro de día	1	2	8	9
c) Centro de noche	1	2	8	9
d) Centro residencial (residencia), estancia temporal. Servicio de respiro	1	2	8	9
e) Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para el cuidado personal	1	2	8	9
f) Atención domiciliaria prestada por un enfermero/a o matrona	1	2	8	9
g) Comidas a domicilio	1	2	8	9
h) Servicio de ayudas técnicas y adaptación del domicilio (asesoría y ayuda para adaptar su entorno)	1	2	8	9
i) Teleasistencia	1	2	8	9
j) Servicios especiales de transporte adaptados a sus necesidades (para acudir a un servicio médico, a un hospital de día, actividades recreativas)	1	2	8	9

19. A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera. (ENCUESTADOR/A: no se trata del hecho material de saber o no saber hacerlo, sino de la posibilidad de realizar la actividad en algún momento determinado).

	Capaz	Con ayuda	Incapaz
a) Es Vd. capaz de comer (cortar, extender mantequilla,...)	1	2	3
b) Es Vd. capaz de trasladarse entre la silla y la cama	1	2	3
c) Es Vd. capaz de hacer su aseo personal (lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse y afeitarse)	1	2	3
d) Es Vd. capaz de usar el retrete (entrar y salir, limpiarse, vestirse)	1	2	3
e) Es Vd. capaz de bañarse o ducharse	1	2	3
f) Es Vd. capaz de andar 50 metros en llano	1	2	3
g) Es Vd. capaz de subir y bajar un tramo de escaleras	1	2	3
h) Es Vd. capaz de vestirse y desvestirse (incluyendo botones, cremalleras, cordones,)	1	2	3
i) Es Vd. capaz de controlar las heces	1	2	3
j) Es Vd. capaz de controlar la orina	1	2	3
	Puede sin ayuda	Puede con ayuda	De ninguna manera
k) Puede Vd. preparar la comida	1	2	3
l) Puede Vd. usar el teléfono , buscar un número y llamar	1	2	3
m) Puede Vd. coger el autobús , tren, taxi o conducir el coche	1	2	3
n) Puede Vd. comprar ropa o comida	1	2	3
o) Puede Vd. administrar su propio dinero	1	2	3
p) Puede Vd. hacer el trabajo de casa (hacer camas, planchar, lavar platos, barrer)	1	2	3

TODAS LAS PERSONAS con edad > = 15 años

20. Cuida ... de manera no remunerada (NO EXCLUIR A LAS PERSONAS QUE RECIBAN ayuda LAPAD como prestación) a algún familiar, amigo/a o vecino/a, persona que no reside en el hogar?

Sí..... 1
 No..... 2 pasar a p22

21.a) ¿A quién presta esos cuidados? (MOSTRAR TARJETA N° 1)

Anotar código parentesco [] [] [] [] [] []

21. b) ¿Cuántas horas dedicacomo media al día en el cuidado de esa persona?

De lunes a viernes [] [] horas [] [] minutos
 Sábado y domingo [] [] horas [] [] minutos

PARA TODAS LAS PERSONAS

22. Durante los últimos 12 meses, es decir desde (fecha hace un año), y debido a algún problema de salud o discapacidad, ¿ha utilizado algunos de los siguientes servicios asistenciales? RESPUESTA MÚLTIPLE

	Sí	No	NS	NC
a) No he utilizado ninguno	1	2	8	9
b) Atención domiciliaria prestada por un enfermero/a o matrona	1	2	8	9
c) Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para el cuidado de personas	1	2	8	9
d) Comidas a domicilio	1	2	8	9
e) Servicios especiales de transporte a domicilio para acudir a un servicio médico, a un hospital de día, actividades recreativas	1	2	8	9
f) Otros servicios de asistencia domiciliaria	1	2	8	9

SI EN EL HOGAR HAY MENORES DE 15 AÑOS
(La persona de referencia u otro miembro del hogar será quien conteste)

23.a) ¿Quién se ocupa del cuidado de....., principalmente?

. Un familiar que reside en el hogar	1
. Un familiar que reside en el hogar compartiéndolo con otro(s) familiar(es)	2
. Una persona que NO reside en el hogar, de forma remunerada	3
. Los servicios sociales	4
. Otra situación	5
. No sabe	8
. No contesta	9

TABLA 2

Para las personas residentes en el hogar que cuiden a estos menores, rellene el parentesco y las horas de dedicación
¿Cuántas horas dedican como media al día cada uno de los miembros del hogar al cuidado de ...?

Nombres (columna autorrellenada)	Número de orden (entrevistador /a selecciona la cifra) (P23bX)	Código de parentesco (P23bXa)	De lunes a viernes		Sábado y domingo	
			Horas (P23bXb)	Minutos (P23bXc)	Horas (P23bXd)	Minutos (P23bXe)
	1		_____	_____	_____	_____
	2		_____	_____	_____	_____
	3		_____	_____	_____	_____

24. ¿Cómo diría que es el estado de salud en general de ... (El/la niño/a)?

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

25.a) ¿Cuántas horas duerme al día..... (El/la niño/a) habitualmente (incluida la siesta)?

_____ Horas.

25.b) Escriba una cifra

Aproximadamente: ¿Cuánto pesa sin zapatos? _____ Kilogramos.

25.c) Escriba una cifra

Aproximadamente: ¿Cuánto mide sin zapatos? _____ Centímetros.

PARA MAYORES DE 6 AÑOS Y MENORES DE 15 AÑOS

26. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace..... (El/la niño/a) en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor sus actividades en el tiempo libre

. No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, juegos en casa, videoconsola, ordenador etc.)	1
. Hace alguna actividad física o deportiva fuera del horario escolar menos de 1 vez al mes (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo...)	2
. Hace alguna actividad física o deportiva fuera del horario escolar 1 o más veces al mes pero menos de 1 vez a la semana (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia, actividades recreativas de ligero esfuerzo...)	3
. Hace actividad física o deportiva (gimnasia, correr, natación, deportes de equipo etc.) fuera del horario escolar semanalmente pero durante un tiempo inferior a 2 horas	4
. Hace actividad física o deportiva (gimnasia, correr, natación, deportes de equipo etc.) fuera del horario escolar semanalmente pero durante más de 2 horas	5
. No sabe	8
. No contesta	9

PARA TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

27. ¿Durante cuánto tiempo al día, aproximadamente dedica..... (el/la niño/a) en total a ver la televisión, videojuegos, ordenador o Internet?

Día laborable horas minutos

Día festivo horas minutos

28. ¿Desayuna su hijo/a habitualmente?

. Sí, siempre	1
. Sí, casi todos los días	2
. Sí, a menudo	3
. En pocas ocasiones	4
. Nunca o casi nunca	5

**“CONSULTAS”
PARA TODAS LAS PERSONAS**

PERIODO DE REFERENCIA 1: 14 DÍAS.

Las preguntas con esta referencia temporal se refieren a las consultas hechas a profesionales de la salud desde el día hasta ayer.

PERIODO DE REFERENCIA 2: 12 MESES.

Las preguntas con esta referencia temporal se refieren a las consultas hechas a profesionales de la salud desde el día hasta ayer.

SECCIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

CONSULTAS A MÉDICO/A GENERAL/ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA.

29.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores (incluido recetas)?

. En los últimos 14 días	1
. De 15 días a 1 mes	2
. De 1 a 6 meses	3
. De 6 meses a 1 año	4
. De más de 1 año a 2 años	5
. De más de 2 años a 5 años	6
. Más de 5 años	7
. Nunca	8
. No sabe	98
. No contesta	99

Si en p29.a responde 1 ir a p29.b

Si en p29.a 2, 3, 4 ir a p29.c

Si en p29.a >4 ir a p29.d

29.b) En estos catorce días ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, al médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores?

ATENCIÓN: Anotar en la columna del interesado/a. Las consultas pueden ser al mismo o a diferentes profesionales de la salud, poner el n° total de consultas.

	Veces
01. Medicina general (incluido recetas)	_ _ _
02. Pediatra	_ _ _

29.c) En los últimos 12 meses, es decir, desde . . . hasta ayer, ¿cuántas veces . . . ha consultado, aunque sea por teléfono, al médico/a general/cabecera/atención primaria o pediatra en caso de menores?

	Veces
01. Medicina general (incluido recetas)	_ _ _
02. Pediatra	_ _ _

CONSULTAS A MÉDICO/A ESPECIALISTA.

29.d) ¿Cuánto tiempo hace que ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a médico/a especialista?

. Menos de 15 días	1
. De 15 días a 1 mes	2
. De 1 a 6 meses	3
. De 6 meses a 1 año	4
. De más de 1 año a 2 años	5
. De más de 2 años a 5 años	6
. Más de 5 años	7
. Nunca	8
. No sabe	98
. No contesta	99

Si en p29.d responde 1 ir a p29.e

Si en p29.d 2, 3, 4 ir a p29.g

Si en p29.d >4 ir a p30.a

29.e) En estos catorce días ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, a un/a especialista?

_____ veces

29.f) En estos catorce días, ¿a qué médico/a especialista consultó en la última ocasión? (Mostrar TARJETA N° 2 A, y anotar el código de la especialidad)

Código especialidad _____

05. Ginecología
06. Oftalmología
07. Otorrinolaringología
08. Traumatología
09. A. Respiratorio
10. Medicina Interna
11. Dermatología
12. Cardiología
13. Cirugía
14. Urología
15. Endocrinología
16. Oncología
17. Neurología
18. Digestivo
19. Psiquiatría
20. Radiología
21. Rehabilitación
22. Otras especialidades

29.g) En los últimos 12 meses, es decir, desde . . . hasta ayer, ¿cuántas veces . . . ha consultado, aunque sea por teléfono, a un o una médico/a especialista, de los anteriormente citados?

	Veces
Médico/a especialista	_____

CONSULTAS A ENFERMERO/A, MATRONA

30.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a enfermero/a o matrona?

. En los últimos 14 días	1
. De 15 días a 1 mes	2
. De 1 a 6 meses	3
. De 6 meses a 1 año	4
. De más de 1 año a 2 años	5
. De más de 2 años a 5 años	6
. Más de 5 años	7
. Nunca	8
. No sabe	98
. No contesta	99

Si en p30.a responde 1 ir a p30.b

Si en p30.a 2, 3, 4 ir a p30.c

Si en p30.a >4 ir a p31.a

30.b) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono, al enfermero/a matrona?

(ATENCIÓN: Anotar en la columna del interesado/a. Las consultas pueden ser al mismo o a diferentes profesionales de la salud, poner el nº total de consultas).

	Veces
03. Enfermero/a, matrona	_____

30.c) En los últimos 12 meses, es decir, desde . . . hasta ayer, ¿cuántas veces . . . ha consultado, aunque sea por teléfono, al enfermero/a, matrona?

	Veces
03. Enfermero/a, matrona	_____

CONSULTAS A DENTISTAS

31.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono, a algún/a dentista/ortodoncista?

. En los últimos 14 días	1
. De 15 días a 1 mes	2
. De 1 a 6 meses	3
. De 6 meses a 1 año	4
. De más de 1 año a 2 años	5
. De más de 2 años a 5 años	6
. Más de 5 años	7
. Nunca	8
. No sabe	98
. No contesta	99

Si en p31.a responde 1 ir a p31.b

Si en p31.a 2, 3, 4 ir a p31.c

Si en p31.a >4 ir a p31.d

31.b) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono, al dentista/ortodoncista?

(ATENCIÓN: Anotar en la columna del interesado/a. Las consultas pueden ser al mismo o a diferentes profesionales de la salud, poner el nº total de consultas).

	Veces
04. Dentista y Ortodoncista	_____

31.c) En los últimos 12 meses, es decir, desde . . . hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono, a un o una dentista?

	Veces
04. Dentista y Ortodoncista	_____

CONSULTAS A OTROS ESPECIALISTAS SALUD Y MEDICINA COMPLEMENTARIA

31.d) Durante los últimos 12 meses. ¿Ha consultado, aunque sea por teléfono, a alguno/a de los siguientes especialistas de salud o medicinas alternativas? (ENCUESTADOR/A: MOSTRAR TARJETA N° 2 B y LEER)

	Sí	No
23. Fisioterapeuta	1	2
24. Podología	1	2
25. Psicología psicoterapeuta	1	2
26. Farmacéutico/a (consejo)	1	2
27. Trabajador/a social (derivado de problema de salud)	1	2
28. Osteópata	1	2
29. Homeopatía, acupuntura, otras medicinas complementarias	1	2
30. Curanderos/as, brujos/as	1	2
31. Otros, especificar	1	2

**“CONSULTA AL/LA: MÉDICO/A GENERAL”
PARA QUIENES HAN CONSULTADO AL MÉDICO/A GENERAL/ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA EN LOS
ÚLTIMOS 14 DÍAS (p29.a =1)**

Pensando en la última vez que consultó al médico/a general/atención primaria/pediatra:

32.a) ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

. Ambulatorio o centro de salud público	1
. En el domicilio del o de la paciente	2
. Consulta médica privada	3
. En un servicio de urgencias	4
. Por teléfono (no incluye solicitud de CITA)	5
. En el centro de trabajo o estudio	6
. En la Mutua de accidentes de trabajo	7
. Por correo electrónico	8
. No sabe	98
. No contesta	99

Pasar a la pregunta correspondiente p33.a o p34.a o p35.a

Si p32.a= 4 y p29.d= 1 pasar a p33.a

Si p32.a= 4 y p30.a= 1 pasar a p34.a

Si p32.a= 4 y p31.a= 1 pasar a p35.a

32.b) ¿Cuál o cuáles fueron los problemas de salud que motivaron esta última consulta?

.....
.....

32.c) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

MESES _____ DÍAS _____ HORAS _____ No sabe..... 98 No contesta..... 99

32.d) ¿Cuántos días transcurrieron desde el día para el que pidió la cita hasta que tuvo la consulta médica?

(SI LA CITA FUE SOLICITADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ES DECIR, EL MÉDICO/A LE SEÑALÓ CUANDO DEBÍA VOLVER, POR EJEMPLO “VUELVA EN 15 DÍAS”, PONGA 0)

MESES _____ DÍAS _____ HORAS _____ No sabe..... 98 No contesta..... 99

32 e) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a la consulta?

. Diagnóstico , tratamiento y revisión de un problema de salud.	1
. Control de la embarazada y del o la recién nacida.	2
. Revisión sin problemas de salud y procedimientos preventivos .	3
. Sólo a buscar receta/s .	4
. Sólo a buscar parte de alta/baja/confirmación.	5
. Un accidente o agresión	6
. Otros motivos	7
. No sabe	8
. No contesta.	9

32 f) Como resultado de esta consulta el o la médica:

	Sí	No	Ns	Nc
1. Le remitió a la consulta de enfermería.	1	2	8	9
2. Le remitió a otra consulta médica.	1	2	8	9
3. Le dijo que volviese a su consulta para la revisión de este problema de salud.	1	2	8	9
4. Le recetó unos medicamentos.	1	2	8	9
5. Le dio unos consejos (alimentación, fumar, ejercicio. . .).	1	2	8	9
6. Le mandó hacerse unas pruebas (análisis, radiografías).	1	2	8	9
7. Le hospitalizó.	1	2	8	9
8. Le envió a urgencias.	1	2	8	9

32 g) ¿Cómo le pareció . . . la asistencia recibida en general?

. Excelente	1
. Muy buena	2
. Buena	3
. Regular	4
. Mala	5
. No sabe	8
. No contesta	9

32 h) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

. Osakidetza-Seguridad Social	1
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	2
. Yo mismo/a	3
. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	4
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	5
. No sabe	8
. No contesta	9

**“CONSULTA AL/LA: MÉDICO/A ESPECIALISTA”
 PARA QUIENES HAN CONSULTADO AL MÉDICO/A ESPECIALISTA EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS (p29.d=1)**

Pensando en la última consulta, aunque sea por teléfono, a un/a médico/a especialista:

33.a) ¿Cuál o cuáles fueron los problemas de salud que motivaron esta última consulta?

.....

33.b) ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

. Ambulatorio o centro de salud público	1
. En el domicilio del o de la paciente	2
. Consulta médica privada o en una clínica privada	3
. En un servicio de urgencias hospitalario	4
. En un servicio de urgencias no hospitalario	5
. Por teléfono (no incluye solicitud de CITA)	6
. En consulta externa de hospital	7
. En el centro de trabajo o estudio	8
. En la Mutua de accidentes de trabajo	9
. Por correo electrónico	10
. No sabe	98
. No contesta	99

Pasar a la pregunta correspondiente: **p34.a o p35.a**

Pasar a la pregunta correspondiente: **p34.a o p35.a**

Si p33.b= 4 ó 5 y p30.a= 1 pasar a p34.a

Si p33.b= 4 ó 5 y p31.a= 1 pasar a p35.a

33.c) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

MESES DÍAS HORAS No sabe.....98 No contesta.....99

33.d) ¿Cuántos días transcurrieron desde el día para el que pidió la cita hasta que tuvo la consulta médica?

(SI LA CITA FUE SOLICITADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ES DECIR, EL MÉDICO/A LE SEÑALÓ CUÁNDO DEBÍA VOLVER, POR EJEMPLO “VUELVA EN 15 DÍAS,” PONGA 0)

MESES DÍAS HORAS No sabe.....98 No contesta.....99

33.e) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a la consulta?

. Diagnóstico , tratamiento y revisión de un problema de salud	1
. Control de la embarazada	2
. Revisión sin problemas de salud y procedimientos preventivos	3
. Un accidente o agresión	4
. Otros motivos	5
. No sabe	8
. No contesta.	9

33.f) Como resultado de esta consulta el o la médica:

	Sí	No	Ns	Nc
1. Le remitió a la consulta de enfermería.	1	2	8	9
2. Le remitió a otra consulta médica de un/a especialista.	1	2	8	9
3. Le remitió a otra consulta del médico general o atención primaria.	1	2	8	9
4. Le dijo que volviese a su consulta para la revisión de este problema de salud.	1	2	8	9
5. Le recetó unos medicamentos.	1	2	8	9
6. Le dio unos consejos (alimentación, fumar, ejercicio, . . .).	1	2	8	9
7. Le mandó hacerse unas pruebas (análisis, radiografías).	1	2	8	9
8. Le hospitalizó.	1	2	8	9
9. Le envió a urgencias.	1	2	8	9

33. g) ¿Cómo le pareció . . . la asistencia recibida en general?

. Excelente	1
. Muy buena	2
. Buena	3
. Regular	4
. Mala	5
. No sabe	8
. No contesta	9

33 h) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

. Osakidetza-Seguridad Social	1
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	2
. Yo mismo/a	3
. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	4
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	5
. No sabe	8
. No contesta	9

“CONSULTA A: ENFERMERÍA, MATRONA”

PARA QUIENES HAN CONSULTADO A ENFERMERÍA O MATRONA EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS (p30.a =1)

34.a) Pensando en la última vez que consultó, aunque sea por teléfono, al /la enfermero/a o la matrona acudió a esta consulta:

. Por indicación del médico/a.	1
. Citada por el o la enfermera, en una consulta anterior.	2
. Por propia iniciativa.	3
. Para recetas u otros procedimientos administrativos.	4
. Para hacerse análisis.	5
. No sabe	8
. No contesta	9

34.b) ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

. Ambulatorio o centro de salud público.	1	p35.a
. En el domicilio del o la paciente.	2	
. Consulta privada.	3	
. En un servicio de urgencias.	4	
. Por teléfono.	5	
. En el centro de trabajo o estudio.	6	
. En consultas externas de hospital.	7	
. En la mutua de accidentes de trabajo	8	
. Por correo electrónico	9	
. No sabe	98	
. No contesta	99	

Si p34.b= 4 y p31.a= 1 pasar a p35.a

Si p34.a = 4 ó 5 pasar a p34.d

34.c) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a esta consulta?

(NO PREGUNTAR SI p34.a =4 o 5)

. Control de la embarazada y del o la recién nacida.	1
. Sesiones de educación sanitaria: preparación al parto, ...	2
. Procedimientos administrativos.	3
. Control habitual de una enfermedad crónica.	4
. Revisión sin problema de salud.	5
. Procedimientos terapéuticos (inyecciones, etc.).	6
. No sabe.	8
. No contesta.	9

34.d) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

. Osakidetza-Seguridad Social	1
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	2
. Yo mismo/a	3
. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	4
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	5
. No sabe	8
. No contesta	9

34.e) ¿Cómo le pareció la asistencia recibida en general?

. Excelente	1
. Muy buena	2
. Buena	3
. Regular	4
. Mala	5
. No sabe	8
. No contesta	9

**“CONSULTA AL/LA DENTISTA”
PARA QUIENES HAN CONSULTADO AL/LA DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS (p31.a =1)**

35.a) Pensando en la última vez que consultó al dentista ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

. Ambulatorio o Centro de Salud Público	1
. Consulta o clínica privada	2
. Por correo electrónico	3

35.b) ¿Cuál fue el motivo principal por el que consultó?

. Examen rutinario y/o preventivo	1
. Limpieza de boca	2
. Dolor bucodental	3
. Tratamiento de piezas dentales (empastes, extracciones, endodoncia, etc.)	4
. Enfermedades de las encías	5
. Funda, puentes, otro tipo de prótesis	6
. Ortodoncia	7
. Otros motivos	8

35.c) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

. Programa dental infantil (PADI)	1
. Osakidetza-Seguridad Social	2
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	3
. Yo mismo/a	4
. Seguro médico privado (IMQ, Sanitas, ...), mutua de afiliación privada	5
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	6
. No sabe	8
. No contesta	9

**“URGENCIAS”
PARA TODAS LAS PERSONAS**

PERIODO DE REFERENCIA: 6 MESES.

Las siguientes preguntas se refieren a las urgencias sanitarias desde el día hasta ayer.

36.a) Desde . . . hasta ayer, ¿ ha solicitado alguna vez atención sanitaria urgente (en un centro distinto del habitual o en el centro habitual pero fuera de las horas de consulta)?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9
	(p37. a)	(p37. a)	(p37. a)

36.b) ¿Cuántas veces?

VECES:

(PREGUNTAR POR LA ÚLTIMA VEZ QUE SE NECESITÓ ASISTENCIA URGENTE (Indique una sola respuesta))

36.c) Solicitó . . . asistencia urgente porque . . .

. El/la médico/a me lo mandó	1
. Creía tener un problema de salud grave	2
. Tenía un problema de salud leve pero es más cómodo ir a urgencias	3
. Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata	4
. Tenía un problema y no sabía su importancia	5
. No sabe	8
. No contesta	9

36.d) ¿Dónde tuvo lugar la asistencia?

. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.)	1
. Hospital público	2
. Hospital privado	3
. Ambulatorio o consultorio público	4
. Por teléfono	5
. Otros (especificar)	6
. No sabe	8
. No contesta	9

36.e) ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?

DÍAS HORAS MINUTOS No sabe .. 98 No contesta 99

36.f) ¿Cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?

MINUTOS HORAS No sabe..... 98 No contesta 99

36.g) A continuación de la asistencia. . .

. Ingresó en un hospital	1
. Acudió o le enviaron a otro centro	2
. Volvió a su domicilio con el problema resuelto	3
. Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de su médico/a de cabecera	4
. Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de un médico/a especialista	5
. No sabe	8
. No contesta	9

36.h) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la asistencia en urgencias?

. Osakidetza-Seguridad Social	1
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	2
. Yo mismo/a	3
. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	4
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	5
. No sabe	8
. No contesta	9

**36.i) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión sobre la asistencia recibida en su asistencia urgente.
¿Cómo le pareció la asistencia recibida en general?**

. Excelente	1
. Muy buena	2
. Buena	3
. Regular	4
. Mala	5
. No sabe	8
. No contesta	9

**“HOSPITALIZACIONES”
PARA TODAS LAS PERSONAS
PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES**

Las siguientes preguntas se refieren a las hospitalizaciones ocurridas desde el día hasta ayer.

37.a) Desde . . . hasta ayer, ¿. . . ha estado hospitalizado/a alguna vez al menos durante una noche? (recordar partos)

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

(p37. i) (p37. i) (p37. i)

37.b) Desde . . . hasta ayer, ¿cuántas veces . . . ha estado hospitalizado/a en total al menos durante una noche?

VECES:

37.c) En relación también al último ingreso hospitalario ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

. Intervención quirúrgica	1
. Estudio médico para diagnóstico	2
. Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	3
. Parto (incluye cesárea)	4
. Otros motivos	5
. No sabe	8
. No contesta	9

Pasar a pregunta p37.f

37.d) ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9

p37.e p37.f p37.f p37.f

37.e) ¿Cuánto tiempo, en meses, estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar? (Si el tiempo que estuvo en lista de espera es menor a un mes, anotar 00)

Nº de meses:

No sabe98

No contesta 99

37.f) Desde . . . hasta ayer, ¿cuántas noches . . . ha estado hospitalizado/a en total?

NOCHES:

37.g) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión con la asistencia recibida en su ingreso en el hospital. ¿Cómo le pareció la asistencia recibida en general ?

. Excelente	1
. Muy buena	2
. Buena	3
. Regular	4
. Mala	5
. No sabe	8
. No contesta	9

37.h) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de hospitalización?

. Osakidetza-Seguridad Social	1
. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	2
. Yo mismo/a	3
. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	4
. A cargo de otros Organismos o Instituciones	5
. No sabe	8
. No contesta	9

**“HOSPITAL DE DÍA”
PARA TODAS LAS PERSONAS**

PERIODO DE REFERENCIA 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a la atención recibida en un hospital para realizar algún tipo de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, de cualquier especialidad, sin pasar la noche en el hospital desde el día ... hasta ayer. Incluya ingresos en cama o sillón, pero no las de urgencias o de observación.

37.i) Desde... hasta ayer, ¿ha sido usted atendido/a en un “Hospital de día” para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?
(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación)

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9
p37.j	p37.l	p37.l	p37.l

37.j) ¿Cuántos días ha tenido que acudir a un hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?

Nº de días

No Sabe.....998

No Contesta.....999

37.k) ¿Cuál fue la razón del último ingreso que tuvo en el Hospital de día?

. Un tratamiento	1
. Una intervención quirúrgica	2
. Otros motivos	3
. No sabe	8
. No contesta	9

**“NECESIDADES NO CUBIERTAS”
PARA TODAS LAS PERSONAS**

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES,

Las siguientes preguntas se refieren a las ocasiones en que desde el día... hasta ayer, sintió la necesidad de ser hospitalizado/a o de recibir asistencia médica y no lo hizo.

37.l) Desde... hasta ayer, ¿hubo alguna vez en la que realmente necesitó ser ingresado/a en un hospital o ser atendido/a en un hospital de día, siguiendo la recomendación de un/a médico/a, pero no lo fue?

. Sí, al menos en una ocasión	1	Pasar a pregunta 37.m
. No, en ninguna ocasión	2	Pasar a pregunta 37.n
. No sabe	8	Pasar a pregunta 37.n
. No contesta	9	Pasar a pregunta 37.n

37.m) ¿Cuál fue la razón principal por la que no llegó a estar hospitalizado/a? (No leer las opciones, si la respuesta espontánea no coincide con ninguna señale “Otras razones”)

. No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro)	1
. Lista de espera, u otras razones debidas al hospital	2
. No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los/as niños/as o de otras personas	3
. Demasiado lejos para viajar / sin medios de transporte	4
. Miedo a la cirugía / tratamiento	5
. Otras razones	6
. No sabe	8
. No contesta	9

37.n) Desde... hasta ayer, ¿hubo alguna vez en la que cree que sintió la necesidad de recibir alguna otra asistencia médica y no la recibió?

. Sí	1	Pasar a pregunta 37.o
. No	2	Pasar a pregunta 38.a
. No sabe	8	Pasar a pregunta 38.a
. No contesta	9	Pasar a pregunta 38.a

37.o) ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no recibió esa asistencia? (No leer las opciones, si la respuesta espontánea no coincide con ninguna señale "Otras razones")

. No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro)	1
. Había que esperar demasiado	2
. No disponía de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los/as niños/as o de otras personas	3
. Demasiado lejos para viajar / sin medios de transporte	4
. Miedo al/la médico/a / hospitales / exploraciones médicas / tratamiento	5
. Quise esperar a ver si el problema mejoraba solo	6
. Otras razones	7
. No sabe	8
. No contesta	9

“CONSUMO DE MEDICAMENTOS” PARA TODAS LAS PERSONAS

PERIODO DE REFERENCIA: 2 DÍAS

Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre el consumo de medicamentos en los dos últimos días.

(MOSTRAR TARJETA N° 3)

38.a) Ayer y/o anteayer ¿ha tomado o utilizado algún medicamento? POR FAVOR, no se olvide de los medicamentos que toma habitualmente por problemas crónicos, los suplementos dietéticos o vitaminas.

Sí	No	Ns	Nc
1	2	8	9
p38.b	p39.a	p39.a	p39.a

**38.b) A continuación le voy a mostrar una lista de medicamentos. ¿Cuál o cuáles de ellos ha tomado en los dos últimos días?
¿Se lo ha recetado el/la médico/a específicamente para esta ocasión, se lo ha aconsejado el/la farmacéutico/a o lo toma por propia iniciativa?**

N° de medicamento	Sí. Recetado por el/la médico/a específicamente para esta ocasión	Sí. Aconsejado por el/la farmacéutico/a	Sí. Por propia iniciativa
01 Para el dolor y/o antiinflamatorios, para la fiebre	1	2	3
02 Laxantes	1	2	3
03 Vitaminas, minerales y tónicos	1	2	3
04 Para adelgazar	1	2	3
05 Para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2	3
06 Antibióticos	1	2	3
07 Para los nervios, ansiedad, tranquilizantes	1	2	3
08 Para la depresión	1	2	3
09 Para dormir (hipnóticos)	1	2	3
10 Para el corazón	1	2	3
11 Para el cáncer, quimioterapia	1	2	3
12 Para el colesterol	1	2	3
13 Para la diabetes (insulina y/o medicamentos)	1	2	3
14 Para la tensión arterial (hipertensión arterial)	1	2	3
15 Para el estómago (pastillas)	1	2	3
16 Para el asma	1	2	3
17 Para la alergia	1	2	3
18 Para la osteoporosis	1	2	3
19 Anticonceptivos (para no quedar embarazada)	1	2	3
20 Tratamiento hormonal sustitutorio (menopausia)	1	2	3
21 Medicamentos homeopáticos	1	2	3
22 Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	1	2	3
23 Otros (Preparados farmacéuticos)	1	2	3

“PROBLEMAS CRÓNICOS” PARA TODAS LAS PERSONAS

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.
(Encuestador/a: Dar la tarjeta de problemas crónicos a la familia (TARJETA N° 4). Leer detenidamente con ellos.)

	39.a) ¿Tiene?		39.b) ¿Le ha dicho un/a profesional de salud si tiene esa condición?		39.c) ¿Ha consultado al o a la médica o al personal de enfermería en los últimos 12 meses por ese problema?	
01 Caries	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
02 Otros problemas bucodentales	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
03 Hipertensión (tensión alta)	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
04 Diabetes	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
05 Colesterol elevado	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
06 Fibromialgia	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
07 Artrosis, artritis o reumatismo	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
08 Dolor de espalda crónico cervical	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
09 Dolor de espalda dorsal o lumbar, ciática	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
10 Asma	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
11 Varices en las piernas	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
12 Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
13 Infarto agudo de miocardio	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
14 Otros prob. crónicos de corazón	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
15 Alergia crónica	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9

	39.a) ¿Tiene?		39.b) ¿Le ha dicho un/a profesional de salud si tiene esa condición?		39.c) ¿Ha consultado al o a la médica o al personal de enfermería en los últimos 12 meses por ese problema?	
16 Bronquitis crónica (EPOC, Enfisema)	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
17 Úlcera de estómago o duodeno	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
18 Hemorroides, almorranas	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
19 Cáncer	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
20 Ceguera parcial o total	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
21 Cataratas	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
22 Sordera	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
23 Problemas crónicos de la piel	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
24 Problemas de tiroides	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
25 Alteraciones de la próstata (sólo hombres)	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
26 Incontinencia urinaria	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
27 Demencia, deterioro cognitivo	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
28 Ansiedad crónica	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
29 Depresión crónica	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
30 Otros problemas mentales	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
31 Migraña o dolores de cabeza frecuentes	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8
	Nc	9	Nc	9	Nc	9
32 Osteoporosis	Sí	1	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2	No	2
	Ns	8	Ns	8	Ns	8

	39.a) ¿Tiene?	39.b) ¿Le ha dicho un/a profesional de salud si tiene esa condición?	39.c) ¿Ha consultado al o a la médica o al personal de enfermería en los últimos 12 meses por ese problema?
	Nc 9	Nc 9	Nc 9
33 Anemia	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	Ns 8	Ns 8	Ns 8
	Nc 9	Nc 9	Nc 9
34 Estreñimiento crónico	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	Ns 8	Ns 8	Ns 8
	Nc 9	Nc 9	Nc 9
35 Pie diabético	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	Ns 8	Ns 8	Ns 8
	Nc 9	Nc 9	Nc 9
36 Otros	Sí 1	Sí 1	Sí 1
	No 2	No 2	No 2
	Ns 8	Ns 8	Ns 8
	Nc 9	Nc 9	Nc 9

(SI NO TIENEN PROBLEMAS CRÓNICOS o si p39.c= 1, 8 ó 9 PASAR A LA SIGUIENTE SECCIÓN p40.a.)

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

(PARA CADA PROBLEMA CRÓNICO DECLARADO si p39.c= 2. MOSTRAR TARJETA N° 5)

39.d) ¿Cuál es la razón principal por la que teniendo este problema no ha acudido a la consulta médica o de enfermería?

. Sé como tratarlo, sin ayuda de profesionales de la salud	1
. Estoy en tratamiento	2
. Está muy lejos, tengo problemas para desplazarme....	3
. No puedo abandonar mi ocupación habitual (trabajo, cuidado de familiares, etc.)	4
. Pierdo mucho tiempo	5
. No confío en los/las médicos/as, profesionales de la medicina, ni de la enfermería	6
. No tiene remedio	7
. Me resulta caro	8
. No lo considero importante	9
. Otros	0

“ACCIDENTES” PARA TODAS LAS PERSONAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a los accidentes que le causaron alguna lesión como rotura de huesos, ligamentos o dislocaciones, esguinces; cortes profundos, amputaciones o heridas; quemaduras; intoxicaciones ocurridos en los últimos 12 meses.

40.a) Desde hasta ayer, ¿ha tenido alguno de los siguientes accidentes con consecuencias en su salud como: caídas, quemaduras, golpes, intoxicaciones?

40.b) ¿Cuántos accidentes ha tenido? Cada accidente debe aparecer solamente una vez.

	NO 40.a)	SI 40.a)	Ns 40.a)	Nc 40.a)	¿Cuántos? 40.b)
1. Fracturas o roturas de huesos, ligamentos o dislocaciones	2	1	8	9	_____
2. Cortes profundos, amputaciones o heridas	2	1	8	9	_____
3. Contusiones (golpes), hematomas	2	1	8	9	_____
4. Atragantamiento, casi ahogamiento, asfixia	2	1	8	9	_____
5. Quemaduras	2	1	8	9	_____
6. Intoxicaciones	2	1	8	9	_____

Si (p40.a1...a...p40.a6)= 2 pasar a p41.a

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL ÚLTIMO ACCIDENTE

40.c) ¿Dónde sufrió el último accidente?

ÚLTIMO ACCIDENTE.

. En casa	1
. De tráfico como peatón	2
. De tráfico como pasajero/a o conductor/a	3
. En el trabajo	4
. En el centro de estudios	5
. En un lugar de recreo o deporte	6
. En un lugar público: calle, comercio, banco, bar, parque público	7
. No sabe	8
. No contesta	9

40.d) ¿Cómo se produjo este accidente?

MECANISMO.

. Caída	1
. Choque o colisión	2
. Objeto cortante	3
. Fuego, líquidos calientes	4
. Electricidad	5
. Ingestión de productos tóxicos	6
. Ingestión de medicamentos	7
. Aspiración de cuerpos extraños	8
. Otros	9
. No sabe	98
. No contesta	99

40.e) Como resultado del accidente, ¿se lesionó...

LOCALIZACIÓN.

	Sí	No	Ns	Nc
1. Cabeza, cara y cuello?	1	2	8	9
2. Tórax, abdomen, espalda?	1	2	8	9
3. Ext. superiores?	1	2	8	9
4. Ext. inferiores?	1	2	8	9

40.f) Como consecuencia de este accidente:

CONSECUENCIAS.

	Sí	No	Ns	Nc
1. ¿Tuvo Vd. que suspender o disminuir sus actividades habituales de trabajo o de ocio?	1	2	8	9
2. ¿Tuvo Vd. que consultar al o a la médica habitual?	1	2	8	9
3. ¿Tuvo que ser atendido/a por un servicio de urgencias?	1	2	8	9
4. ¿Tuvo que ingresar al menos una noche?	1	2	8	9
5. ¿Tuvo que ser ingresado/a en la UCI?	1	2	8	9
6. ¿Le han quedado problemas físicos o mentales?	1	2	8	9

“INFORMACIÓN PERSONAL” PARA TODAS LAS PERSONAS

Las siguientes preguntas se refieren a datos personales. El objetivo de esta sección es conocer las características sociodemográficas de la población, muy importantes a la hora de estudiar la salud de las personas que vivimos en el País Vasco. En ningún caso se utilizarán estos datos de forma individualizada.

(ENCUESTADOR/A: ANOTAR AQUI LAS EDADES)

ORDEN PERSONA

41.a) Fecha de nacimiento (día, mes, año)

día mes año

41.b) EDAD

41.c) Sexo:

. Varón	1
. Mujer	6

41.d) (ENCUESTADOR/A: Anotar presencia o ausencia de cada uno de los miembros de la familia en la entrevista)

PRESENCIA.

. Ausente	1
. Presente	2

41.e.1) ¿Dónde nació Ud.?

NACIMIENTO.

. C.A.P.V	1	(pasar a p41.g.1)
. Resto de CCAA	2	Especificar CCAA <input type="text"/> (pasar a p41.f)
. En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país <input type="text"/>
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4	

41.e.2) ¿Cuál es su nacionalidad?

. Española	1	
. Española y otra	2	Especificar nacionalidad <input type="text"/>
. Extranjera	3	

41.f) ¿En que año llegó a la C.A. de Euskadi?

AÑO DE LLEGADA:

41.g.1) ¿Cuál es el estado civil legal?

. Soltero/a	1
. Casado/a	2
. Pareja de hecho	3
. Separado/a	4
. Divorciado/a	5
. Viudo/a	6
. No sabe	8
. No contesta	9

41.g.2) ¿Vive actualmente en pareja?

. Sí	1
. No	2

41.h) ¿Cuál es el parentesco de . . . en relación con la persona de referencia?

. Persona de referencia	1
. Cónyuge o pareja	2
. Hijo/a, hijastro/a	3
. Padre, madre	4
. Suegro/a	5
. Yerno, nuera	6
. Otros parientes	7
. No emparentados/as	8
. No sabe	98
. No contesta	99

41.i) ¿Respecto a las labores del hogar con qué frecuencia las realiza?

. Siempre que se realizan	1
. Casi siempre que se realizan	2
. En algunas ocasiones	3
. Casi nunca	4
. Nunca	5

Si p41.i = 5 pasar a p41.k

Si p41.i = 5, no es la persona de referencia y edad \geq 10 años pasar a p42.a

Si p41.i = 5, y edad $<$ 10 años pasar a p44

41.j) ¿Cuántas horas dedica diariamente a las labores del hogar? (Apuntar el número de horas y minutos)

	Laborables	Fines de semana
. N° de horas	____	____
. N° de minutos	____	____

LAS PREGUNTAS 41.k, 41.l Y 41.m LAS CONTESTA ÚNICAMENTE LA PERSONA DE REFERENCIA

41.k) ¿Cuenta el hogar con alguna persona a la que se remunere para realizar las labores del hogar (limpiar, cocinar, planchar...)?

. Sí	1
. No	2

41.l) Hay una serie de tareas domésticas más relacionadas con la organización o planificación del hogar como pensar cuándo y qué hay que limpiar, prever la lista de la compra, pensar cuándo hay que poner la lavadora, etc. ¿Quién se encarga de este tipo de tareas?

		Número de orden de la persona 1	Número de orden de la persona 2	Número de orden de la persona 3
. Solamente una persona de la familia	1	_____		
. Principalmente una persona de la familia con la ayuda de una o más personas de dicha familia	2	_____	_____	_____
. Varias personas de la familia por igual	3	_____	_____	_____

Nota: Tantos códigos del orden como sean necesarios. En la opción 2, la persona principal ocupa el lugar 1, y así en orden de responsabilidad.

41.m) Algunas marcas de sal añaden yodo a la misma. En su casa, ¿utiliza actualmente sal con yodo para cocinar? (En la etiqueta del envase indica “sal yodada”. En caso de duda consultar el envase).

. Sí, actualmente utilizo ya que siempre o casi siempre compro sal yodada	1
. Sí, actualmente utilizo aunque no siempre compro sal yodada	2
. No utilizo en la actualidad, aunque suelo comprar en ocasiones sal yodada	3
. No utilizo en la actualidad ya que no compro nunca o casi nunca sal yodada	4
. No sabe	8
. No contesta	9

PARA QUIENES TENGAN 10 ó MÁS AÑOS

42.a) ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido . . . ? (Sólo se contabilizarán los estudios terminados)

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial.	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario).	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica.	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años o 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

PARA QUIENES TENGAN ENTRE 25 Y 50 AÑOS, ambos inclusive

42.b) ¿Vive con su padre?

Sí	1	Pasará a p42.e
No	2	Pasará a p42.c

42.c) ¿Dónde nació su padre?

. C.A.P.V	1	
. Resto de CCAA	2	Especificar CCAA
. En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4

42.d) ¿Cuál era el mayor nivel de estudios de su padre cuando usted tenía 12 años?

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario)	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años ó 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

42.e) ¿Vive con su madre?

. Sí	1	Pasará a p42.h
. No	2	Pasará a p42.f

42.f) ¿Dónde nació su madre?

. C.A.P.V	1	
. Resto de CCAA	2	Especificar CCAA
. En el extranjero, país de la Unión Europea	3	Especificar país
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea	4

42.g) ¿Cuál era el mayor nivel de estudios de su madre cuando usted tenía 12 años?

No saben leer ni escribir. Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir.	1
Estudios primarios incompletos: Saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en educación infantil.	2
Estudios primarios o equivalentes: Educación Primaria (LOE/LOGSE) , EGB primera etapa (5 cursos aprobados), Educación básica en centros de Educación Especial.	3
Educación secundaria de 1ª etapa: Formación comprendida entre los 11 ó 12 y los 14 (sistema antiguo) o 16 (sistema actual). ESO, EGB (8 cursos aprobados), Graduado escolar, Certificado de estudios primarios.	4
Estudios de bachillerato: Bachillerato (LOE/LOGSE), BUP (con o sin COU), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario).	5
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes: FP 1 y Módulos Profesionales nivel 2, Oficial industrial, Certificado de aptitud de escuelas oficiales de idiomas, títulos de antiguas Escuelas de Comercio, título profesional de Grado Medio de Música y Danza, otras enseñanzas de grado medio de formación profesional específica.	6
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado, Maestro/a industrial.	7
Estudios universitarios de 1º ciclo: Diplomaturas, primer ciclo aprobado de 3 años ó 180 créditos de un estudio universitario de 2 ciclos.	8
Estudios universitarios de 2º ciclo o equivalentes: Licenciaturas, grado superior de Música y Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master.	9
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a.	10

PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

PERIODO DE REFERENCIA: 1 SEMANA

42.h) ¿Cuál fue su situación principal, en relación a la actividad durante la semana anterior a la encuesta?

. Ocupado/a	1	Pasar a la p43.a
. Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente	2	Pasar a la p42.i
. Buscando el primer empleo	3	Pasar a la p42.l
. Jubilado/a, retirado/a, pensionista	4	Pasar a la p42.k
. Rentista	5	
. Estudiando	6	
. Tareas del hogar	7	
. Incapacitado/a	8	
. Otras situaciones	9	
. No sabe	98	
. No contesta	99	

42.i) ¿Cuántos meses lleva en paro?

MESES | | | |

42.j) ¿Percibe prestación por desempleo o alguna otra ayuda o subsidio (renta básica, etc.)?

. Sí	1	Pasar a la p43.a
. No	2	

42.k) ¿Ha tenido un empleo remunerado en algún momento de su vida?

Sí	1	Pasar a la p43.a
No	2	Pasar a la p42.l

42.1) (ENCUESTADOR/A: SELECCIONE LA PRIMERA OPCIÓN QUE SE ADAPTE A LA PERSONA EN RELACIÓN A SU SITUACIÓN EN EL HOGAR)

Pareja de una persona que reside en el hogar	1	Anotar orden de la pareja en la familia : __ y pasar a la p44
Pareja de una persona que no reside en el hogar	2	Pasar a la p43a y recoger ocupación de esa pareja
Recibe prestación o pensión derivada de otra persona (fallecida, divorciada, etc.)	3	Pasar a la p43a y recoger ocupación de esa persona de la que deriva la prestación o pensión
Hijos/as y otras personas a cargo de una o varias personas del hogar	4	Anotar orden de las personas a cargo: __ __ y pasar a la p44
Otras situaciones	5	Pasar a la p44

(ENCUESTADOR/A: ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR ESTAS PREGUNTAS (p43.a-p43.d))

43.a) ¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa?

. Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as	1
. Técnico/a Superior	2
. Técnicos/as medios/as (ATS, Maestros/as, Contables, Peritos/as)	3
. Capataces, Encargados/as, Viajantes	4
. Técnicos/as especialistas, Oficiales, Administrativos/as	5
. Técnicos/as auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes/as	6
. Conserjes, Ordenanzas, Peones/as, Aprendices/zas, Ayudantes/as	7
. No sabe	8
. No contesta	9

43.b) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

(NO CODIFICAR Y ANOTAR SIEMPRE RESPUESTA EN TEXTO)

ANOTAR LA OCUPACIÓN.....

OCUPACIÓN. Código de ocupación

43.c.1) ¿Cuál es o ha sido su relación laboral con la empresa en la que trabaja o ha trabajado más años?

. Directivo/a, empresario/a o gerente en empresas con menos de 10 trabajadores	1
. Directivo/a, empresario/a o gerente en empresas con 10 o más trabajadores	2
. Trabajador/a por cuenta propia, autónomo/a	3
. Cooperativista	4
. Funcionario/a ,trabajador/a del sector público	5
. Asalariado/a con contrato de duración indefinida	6
. Asalariado/a con contrato temporal de menos de tres meses	7
. Asalariado/a con contrato temporal de 3 a 6 meses	8
. Asalariado/a con contrato temporal de 6 meses a 1 año	9
. Asalariado/a con contrato temporal de 1 a 2 años	10
. Asalariado/a con contrato temporal de más de 2 años	11
. Trabaja sin contrato	12
. Otras (Especificar).....	13

43.c.2) ¿Tiene (o tenía en su último trabajo) trabajadores a su cargo? ¿Cuántos?

. No	1
. Sí, 1 persona	2
. Sí, de 2 a 9 personas	3
. Sí, de 10 a 20 personas	4
. Sí, más de 20 personas	5

PREGUNTAS RELATIVAS A LA UNIDAD FAMILIAR, A RESPONDER POR LA PERSONA DE REFERENCIA (HABRÁ UN SOLO VALOR PARA CADA FAMILIA)

46.a) ¿Podría decirme, cuál de los intervalos que aparecen en la tarjeta representa mejor el ingreso mensual neto de todo su hogar (es decir, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones de impuestos, Seguridad Social, etc.)? (TARJETA N° 7)

Hasta 500 €	1
501 – 1.000 €	2
1.001 – 1.500 €	3
1.501 – 2.000 €	4
2.001 – 2.500 €	5
2.501 – 3.500 €	6
3.501 – 5.000 €	7
5.001 – 7.000 €	8
7.001 – 10.000 €	9
Más de 10.000 €	10
No sabe	98
No contesta	99

46.b) En el momento actual definiría a su familia como: (TARJETA N° 8)

. Muy pobre	1
. Pobre	2
. Más bien pobre	3
. Apañándose, por debajo de la media	4
. Por encima de la media, confortable	5
. Próspera, acomodada	6
. Rica	7
. Muy rica	8
. No sabe	98
. No contesta	99

46.c) Con los ingresos de su hogar ¿cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes? (TARJETA N° 9)

. Con mucha dificultad	1
. Con dificultad	2
. Con cierta/ alguna dificultad	3
. Con cierta/ alguna facilidad	4
. Con facilidad	5
. Con mucha facilidad	6
. No sabe	8
. No contesta	9

SECCIÓN GASTOS SANITARIOS PRIVADOS.

- 47.a) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 15 días en productos farmacéuticos, que tienen alguna relación directa con problemas de salud, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 47.b) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses en aparatos y material terapéutico? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.c) ¿Cuánto ha gastado su familia en el último mes por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.d) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.e) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos de los y las dentistas? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.f) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios sanitarios no médicos recibidos del personal sanitario (no médico)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.g) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses como consecuencia del internamiento en un centro hospitalario? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 47.h) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses en primas de Seguros Privados de Asistencia Sanitaria sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 47.i) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por el pago de Volantes, Tickets o Cheques de Asistencia a Entidades, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?

EN EUROS		PAGO DIRECTO	REINTEGROS	TOTAL
a)	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (últimos 15 días)			
b)	APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO (últimos 6 meses)			
c)	SERVICIOS MÉDICOS (no dentistas) (último mes)			
d)	SERVICIOS MÉDICOS (no dentistas) (últimos 6 meses)			
e)	DENTISTAS (últimos 6 meses)			
f)	SERVICIOS SANITARIOS NO MÉDICOS (últimos 6 meses)			
g)	HOSPITALIZACIONES (últimos 12 meses)			
h)	SEGUROS PRIMAS (últimos 12 meses)			
i)	PRIVADOS VOLANTES (últimos 6 meses)			