

**CUESTIONARIO FAMILIAR**

Nº. CUESTIONARIO:

--	--	--	--	--

Encuesta de Salud del País Vasco 2023

**FINALIDAD**

La "Encuesta de Salud del País Vasco" tiene como objetivo conocer el estado de salud, los determinantes de la salud y la utilización de servicios sanitarios de la población residente en la C. A. de Euskadi.

RÉGIMEN JURÍDICO DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA

Esta operación estadística está regulada con el número 030501 en la Ley 8/2019, de 27 de junio, del Plan Vasco de Estadística 2019-2022.

SECRETO ESTADÍSTICO

Todos los datos suministrados quedan amparados por el secreto estadístico regulado en los artículos 19 a 23 de la Ley de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

OBLIGACIÓN DE FACILITAR LOS DATOS

Conforme a los artículos 10 a 14 de la Ley 4/1986, de 23 de abril, de Estadística de la C.A. de Euskadi, en relación con la mencionada Ley del Plan Vasco de Estadística, Ud. está obligado a suministrar la información estadística que se le requiere.

INFORMACIÓN SUJETA A SECRETO ESTADÍSTICO

I. SECCIÓN DE IDENTIFICACIÓN

De cara a cumplimentar el cuestionario, necesito conocer los nombres y apellidos de las personas que residen en esta vivienda formando una unidad familiar*; así como su fecha de nacimiento y sexo. No olvide mencionar a los bebés, a personas que se encuentren de viaje, estudiando fuera, en el hospital y los/as empleados/as que residan en la vivienda.

Señale la persona que mayor aporte económico realiza a la unidad familiar.

Indique la persona que va a actuar como persona de referencia**.

***NOTA AL ENCUESTADOR/A:** En caso de más de una unidad familiar, seleccionar aleatoriamente una de ellas según el procedimiento descrito en el manual de encuestación.

****NOTA AL ENCUESTADOR/A:** La persona de referencia será aquella que posea la suficiente información de los miembros de la familia, ya que responderá el cuestionario familiar en nombre de menores u otras personas.

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

Escriba el número de unidades familiares en la vivienda:

NÚMERO DE CUESTIONARIO

NÚMERO DE PERSONA

ENCUESTADOR/A

FECHA

MES _____ **DIA** _____

EUSKERA	
Sí	No
1	2

TELEFONO 1

TELEFONO 2

COMENTARIOS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. SECCIÓN DE ESTADO DE SALUD, CUIDADOS Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS

“RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA 14 DÍAS

A continuación, le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales (actividades de ocio, trabajo, labores del hogar, estudio u otras) durante los últimos 14 días, es decir, desde el día (día que corresponde con 14 días menos) hasta ayer.

ENSEÑAR EL CALENDARIO DE LA ENTREVISTA.

3) Desde el día hasta ayer, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día debido a algún problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p4)	(p5)	(p5)	(p5)

4) Desde el día hasta ayer, ¿durante cuántos días ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día debido a algún problema de salud?

“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 que se considera fundamental para cada edad.

5) HACER LAS PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

De 0 a 4 años.	A la P6	1
De 5 a 17 años.	A la P8	2
De 18 a 69 años.	A la P11a	3
70 años en adelante.	A la P12a	4

6-7) DE 0 A 4 AÑOS.

6) ¿Su estado de salud o alguna limitación le imposibilita a participar en los juegos habituales de los otros niños y niñas?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)			

7) ¿Tiene (el/la niño/a) alguna limitación en el tipo o cantidad de juego en el que puede participar por motivos de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p13)	(p13)	(p13)

8-10) DE 5 A 17 AÑOS.

8) ¿Su estado de salud o alguna limitación le imposibilita a ir a un colegio o a un centro educativo de cualquier tipo?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)			

9) ¿Necesita ir a un centro educativo especial o a un aula estable en un centro educativo ordinario, o necesita atención especializada debido a alguna limitación o problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)			

10) La asistencia de al centro educativo, ¿se ve limitada por algún problema de salud?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p13)	(p13)	(p13)

11) DE 18 A 69 AÑOS.

11.a) ¿Actualmente tiene un empleo?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p11.c)			

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

Sí	No	No sabe	No contesta
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	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p13)	(p13)	(p13)

12) DE 70 AÑOS o 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	No sabe	No contesta
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	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p13)	(p13)	(p13)

PARA TODAS LAS EDADES.

13) ¿Se encuentra limitado/a por algún problema de salud para realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad o sexo?

NOTA AL ENCUESTADOR/A: se trata de actividades propias de cada edad que no sean principales, como hacer deporte, mantener la vida social, ...

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p14.a)	(p15)	(p15)	(p15)

14.a) ¿Desde cuándo se encuentra limitado/a?

RECORDAR, EL AÑO QUE EMPEZÓ LA LIMITACIÓN APROXIMADAMENTE.

AÑO

14.b) El principal problema de salud que le ha creado esa limitación ha sido causado por:

Accidente laboral	1
Accidente de tráfico	2
Accidente doméstico	3
Otro tipo de accidente	4
Enfermedad derivada del trabajo*	5
Otras enfermedades no relacionadas con el trabajo**	6
Violencia física	7
Otras causas	8

NOTAS P14b). ENCUESTADOR/A:

*NOTA: Incluya aquellas enfermedades que el encuestado considere que puedan tener un origen laboral, aunque no hayan sido reconocidas oficialmente como enfermedades laborales.

**NOTA: Otras enfermedades no relacionadas con el trabajo son aquellas enfermedades que no son causadas por su actividad profesional y que tampoco son accidentes ni violencia física. Únicamente deberá seleccionar la opción 6 (Otras enfermedades no relacionadas con el trabajo) cuando haya verificado que el origen que le causó la limitación no se encuentra en ninguna de las categorías de respuesta restantes.

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

15) ¿Necesita cuidados o ayuda de otra persona para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana por alguna situación de dependencia o problema de salud?

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 19
No contesta.	9	Pasar a pregunta 19

-Si p15=5 y (p6=1 o p7=1 o p8=1 o p9=1 o p10=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 o 9, y edad >=15 pasar a p19
 -Si p15=5 y p13=2, 8 o 9, y edad < 15 pasar a p23.a

16) ¿Quién le presta esos cuidados o ayuda? ENCUESTADOR/A: anotar todas las opciones de respuesta necesarias.

*NOTA ENCUESTADOR/A (P16.a y P16.b1.): No se deben incluir personas contratadas para cuidarla, convivan o no, que se anotarán en la opción d)
 **NOTA ENCUESTADOR/A (P16.b1): No se deben incluir personas voluntarias en organizaciones sin ánimo de lucro públicas o privadas de acción social, que se anotarán en la opción f.) Si se incluirá en la P16.b1 el voluntariado informal, es decir, el voluntario que actúan individualmente o en grupos no registrados.

	Sí	No	
a) Un familiar u otra persona con quien usted convive*	1	2	
b1) Un familiar u otra persona con quien no convive. Indicar cuidador/a principal */** (Lista de códigos de relación).	1	2	b2) Código de relación
c) Servicios sociales públicos, Ayuntamiento, Diputación	1	2	
d) Persona contratada	1	2	
e) Empresa privada de servicios sociales o sanitarios	1	2	
f) Voluntariado (ONG, ...)	1	2	
g) Nadie	1	2	
h) Otros	1	2	Si p16.h=1 ir a p16.i: Especificar
i) Especificar		

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

Esposo/a o pareja.....1	Abuela.....12
Madre.....2	Abuelo.....13
Padre.....3	Otra mujer que sea familiar.....14
Mi hija.....4	Otro hombre que sea familiar.....15
Mi hijo.....5	Vecina.....16
Mi nuera.....6	Vecino.....17
Mi yerno.....7	Amiga.....18
Mi hermana.....8	Amigo.....19
Mi hermano.....9	Voluntarios/as informales.....20
Mi nieta.....10	Otras personas.....21
Mi nieto.....11	

>Si p16.a=1 pasar a p17.a

>Si (p6=1 o p7=1 o p8=1 o p9=1 o p10=1 o p11.b=1 o p11.c=1 o p12.a=1 o p12.b=1 o p13=1) y:
 - p16.b1=1 anotar código de relación (p16.b2) y pasar a p18
 - p16.a=2 y p16.b1=2 y cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h pasar a p18

>Si p13=2, 8 o 9 y:
 - p16.b1=1 anotar código de relación (p16.b2) y si edad >= 15 pasar a p19
 - p16.b1=1 anotar código de relación (p16.b2) y si edad < 15 pasar a p23.a
 - p16.a=2 y p16.b1=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h y si edad >= 15 pasar a p19
 - p16.a=2 y p16.b1=2 cualquiera que sea la respuesta en p16.c-p16.h y si edad < 15 pasar a p23.a

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

17.a) ¿Cuál es la relación con ese familiar o persona (p16.a) que se encarga principalmente de esos cuidados o ayuda? **MOSTRAR TARJETA N° 1**

Anotar código relación

17.b) ¿Cuál es el orden en el hogar? **ENCUESTADOR/A: ANOTAR, No preguntar a la persona encuestada.**

Anotar el orden en el hogar

17.c) ¿Cuántas horas dedica como media al día en los cuidados o ayuda de (Nombre de la persona cuidada)?

Laborables: Horas Minutos

Festivos: Horas Minutos

17.d) ¿Participa algún otro familiar o persona más con la que convive en su cuidado?

Sí	No
1	2

>Si (p6=1 o p7=1 o p8=1 o p9=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:
 - p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después a p18
 - p17.d=2 pasar a p18

>Si p13=2, 8 o 9 y:
 - p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después si edad >=15 pasar a p19
 - p17.d=1 pasar a Tabla 1 y después si edad<15 pasar a p23.a
 - p17.d=2 y si edad >= 15 pasar a p19
 - p17.d=2 y si edad< 15 pasar a p23.a

TABLA 1

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

Nombres (p17e nombre)	Número de orden (entrevistador/a selecciona la cifra) (p17.e)	Código de relación (tarjeta n°1) (p17.f)	Laborables		Festivos	
			Horas (p17.g1)	Minutos (p17.g2)	Horas (p17.g3)	Minutos (p17.g4)
	1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA P17.d. --- P17.g4. ENCUESTADOR/A: En estas preguntas se admitirán dos miembros más del hogar además del/la cuidador/a principal como posibles cuidadores/as. Se recogerá la información de esas dos personas en cada una de las dos líneas de la tabla anterior.

18) 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
q) Puede lavar usted toda su ropa	1	2	3
r) Puede Vd. tomar sus medicinas por sí mismo/a (recordar el momento de la toma y la cantidad)	1	2	3

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 15 O MÁS AÑOS

19) ¿Cuida de manera no remunerada a algún familiar, amigo/a o vecino/a o persona que no reside en el hogar?

Sí	No
1	2

(p29.a)

20) Edad de la persona a la que presta esos cuidados:

_____ AÑOS

21) ¿A quién presta esos cuidados? **MOSTRAR TARJETA N° 1**

Anotar código relación _____

22) ¿Cuántas horas dedica como media al día al cuidado de esa persona?

Laborables HORAS _____ MINUTOS _____

Festivos HORAS _____ MINUTOS _____

NOTA. ENCUESTADOR/A: Si la persona entrevistada se refiere a más de una persona, anote la información de aquella a la que dedica más horas.

A RESPONDER POR LA PERSONA DE REFERENCIA.

23.a) ¿Quién se ocupa del cuidado de (el/la niño/a) principalmente?

Una persona del hogar sola	1
Principalmente una persona del hogar con la ayuda de una o más personas (incluyendo personas contratadas)	2
Varias personas del hogar por igual (con o sin ayuda de otras personas)	3
Principalmente una persona que no reside en el hogar (con la ayuda o no de otras personas)	4
Otra situación	5
No sabe	8
No contesta	9

>Si p23.a=1, 2 o 3 pasar a Tabla 2 y después a p29a
 >Si p23.a=4, 5, 8 o 9 pasar a p29a

TABLA 2

Para las personas residentes en el hogar que cuidan a estos/as menores, rellene su relación con el/la menor y el tiempo de dedicación (horas y minutos).

¿Cuántas horas dedican como media al día cada uno de los miembros del hogar al cuidado de (el/la niño/a)?

Nombres (p23.b_nombre)	Número de orden (entrevistador /a selecciona la cifra) (p23.b)	Código de relación (tarjeta n° 1) (p23.c)	Laborables		Festivos	
			Horas (p23.d1)	Minutos (p23.d2)	Horas (p23.d3)	Minutos (p23.d4)
	1		_____	_____	_____	_____
	2		_____	_____	_____	_____
	3		_____	_____	_____	_____

NOTA p23.b. --- p23.d4. ENCUESTADOR/A: En estas preguntas se admitirán dos miembros más del hogar además del/la cuidador/a principal como posibles cuidadores/as. Se recogerá la información de las tres personas en cada una de las tres líneas de la tabla anterior.

“CONSULTAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre las consultas que usted ha realizado en diferentes servicios sanitarios. Habrá preguntas sobre las consultas al médico/a general, a los especialistas, al enfermero/a y matró/a, al dentista/ortodoncista, a otros profesionales de la salud y también consultas a terapias alternativas. Tenga en cuenta que la referencia temporal puede cambiar de unas preguntas a otras.

NOTA ENCUESTADOR/A: Se anotarán las consultas propias de la persona entrevistada, pero no las consultas realizadas en nombre de otras personas que pertenezcan a la unidad familiar o no, tales como personas dependientes o menores. Las consultas en nombre de otras personas integrantes del hogar se anotarán en sus respectivos cuestionarios.

CONSULTAS A MÉDICO/A GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA/PEDIATRA

29.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono u otro medio, a algún/a médico/a general/ de familia/ de atención primaria o pediatra en caso de menores (incluidas consultas para recetas)?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más 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 = 1 ir a p29.b1
 -Si en p29.a = 2, 3, 4 ir a p29.c
 -Si en p29.a >4 ir a p30.a

29.b1) En estos catorce días ¿cuántas veces ha consultado en total, aunque sea por teléfono u otro medio, al médico/a general/ de familia/ de atención primaria o pediatra en caso de menores?

	01. Medicina general (incluido recetas) VECES	02. Pediatría VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días	_ _	_ _

29.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las consultas?

	01. Medicina general (incluido recetas) VECES	02. Pediatría VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social	_ _	_ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _	_ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada.	_ _	_ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _	_ _
5. Yo pagué los gastos	_ _	_ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _	_ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _	_ _
8. No sabe	_ _	_ _
9. No contesta	_ _	_ _

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

	VECES
01. Medicina general (incluido recetas)	_____
02. Pediatra	_____

CONSULTAS A MÉDICO/A ESPECIALISTA

30.a) ¿Cuánto tiempo hace que ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono u otro medio, a algún/a médico/a especialista?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes.	2
De más de 1 mes a 6 meses.	3
De más 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 p30.a = 1 ir a p30.b1
 -Si p30.a = 2, 3, 4 ir a p30.d
 -Si p30.a>4 ir a p31.a

30.b1) En estos catorce días, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono u otro medio, a un/a especialista?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días.	_____

30.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las consultas?

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social	_____
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_____
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_____
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_____
5. Yo pagué los gastos	_____
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_____
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_____
8. No sabe	_____
9. No contesta	_____

30.c) En estos catorce días, ¿a qué médico/a especialista consultó en la última ocasión? **MOSTRAR TARJETA N° 2, y anotar el código de la especialidad**

CODIGO DE ESPECIALIDAD _____

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

30.d) En los últimos 12 meses, es decir, desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono u otro medio, a un/a médico/a especialista?

	VECES
Médico/a especialista	_____

CONSULTAS A ENFERMERO/A, MATRÓN/A

31.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono u otro medio, a algún/a enfermero/a o matró/a?

En los últimos 14 días.	1
De 15 días a 1 mes.	2
De más de 1 mes a 6 meses.	3
De más 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 p31.a = 1 ir a p31.b1
 -Si p31.a = 2, 3, 4 ir a p31.c
 -Si p31.a > 4 ir a p32.a

31.b1) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono u otro medio, al enfermero/a o matró/a?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días	_____

31.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las consultas?

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social	_____
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_____
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_____
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_____
5. Yo pagué los gastos	_____
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_____
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_____
8. No sabe	_____
9. No contesta	_____

31.c) En los últimos 12 meses, es decir, desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono u otro medio, al enfermero/a o matró/a?

	VECES
Enfermero/a, matró/a.	_____

CONSULTAS A DENTISTA U ORTODONCISTA

32.a) ¿Cuándo ha consultado por última vez, aunque sea por teléfono u otro medio, a algún/a dentista u ortodoncista?

En los últimos 14 días	1
De 15 días a 1 mes	2
De más de 1 mes a 6 meses	3
De más 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 p32.a) responde 1 ir a p32.b1
 -Si en p32.a) responde 2, 3, 4 ir a p32.d
 -Si en p32.a)>4 ir a p33.a

32.b1) En estos catorce días ¿cuántas veces consultó, aunque sea por teléfono u otro medio, al dentista u ortodoncista?

	VECES
Total de consultas realizadas en los últimos 14 días.	_ _ _

32.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las consultas?

	VECES
1. Programa dental infantil (PADI)	_ _ _
2. Osakidetza-Seguridad Social	_ _ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _ _
4. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _ _
5. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _ _
6. Yo pagué los gastos	_ _ _
7. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _ _
8. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _ _
9. No sabe	_ _ _
10. No contesta	_ _ _

32.c) ¿Cuál fue el motivo principal por el que consultó?

Examen rutinario 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 u otro tipo de prótesis	6
Ortodoncia	7
Selladores, aplicación de flúor	8
Implantes dentales	9
Otros motivos	10

32.d) En los últimos 12 meses, es decir, desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha consultado, aunque sea por teléfono u otro medio, a un/a dentista u ortodoncista?

	VECES
Dentista, ortodoncista	_____

CONSULTAS A OTROS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD

A continuación, le vamos a preguntar sobre las consultas a otros/as profesionales del ámbito de la salud no contemplados anteriormente.

33.a) Durante los últimos 12 meses, ¿ha consultado, aunque sea por teléfono u otro medio, a alguno/a de los/as siguientes profesionales de salud?

ENCUESTADOR/A: MOSTRAR TARJETA N° 3 y LEER

	Sí	No
23. Fisioterapeuta	1	2
24. Podólogo	1	2
25. Psicólogo, psicoterapeuta	1	2
26. Farmacéutico/a para pedir consejo	1	2
27. Trabajador/a social (derivado de problema de salud)	1	2
28. Logopeda	1	2
29. Óptico (optometrista)	1	2
30. Otros	1	2
31. Especificar	

OTRAS CONSULTAS

A continuación, le vamos a preguntar sobre las consultas a terapias alternativas o complementarias relacionadas con la salud.

33.b) Durante los últimos 12 meses, ¿ha realizado, aunque sea por teléfono u otro medio, alguna de los siguientes tipos de consultas?

	Sí	No
1. Osteópata, quiropráctico/a, masajista	1	2
2. Homeópata, acupuntor/a, resto de terapias alternativas	1	2
3. Otros	1	2
4. Especificar	

“URGENCIAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 6 MESES

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

34.a) Desde hasta ayer, ¿ha solicitado alguna vez atención sanitaria urgente?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
	(p35.a)	(p35.a)	(p35.a)

34.b1) En los últimos 6 meses ¿Cuántas veces ha solicitado asistencia en urgencias?

	VECES
Total de asistencias en los últimos 6 meses	_ _ _

34.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las consultas de urgencias?

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social	_ _ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria)	_ _ _
5. Yo pagué los gastos	_ _ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _ _
8. No sabe	_ _ _
9. No contesta	_ _ _

34.c) Solicitó asistencia urgente porque...

NOTA ENCUESTADOR/A: anotar una única respuesta

El/la médico/a me lo mandó.	1
Creía tener un problema de salud grave .	2
Tenía un problema de salud leve, pero preferí ir a urgencias.	3
Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata.	4
Tenía un problema y no sabía su importancia .	5
Había una gran lista de espera o una gran demora para darme una cita.	6
No sabe.	8
No contesta.	9

“HOSPITALIZACIONES”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

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

35.a) Desde hasta ayer, ¿..... ha estado hospitalizado/a alguna vez al menos durante una noche? **NOTA ENCUESTADOR/A: incluye los partos.**

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
	(p36.a)	(p36.a)	(p36.a)

35.b1) Desde hasta ayer, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado/a en total al menos durante una noche?

	VECES
Total de hospitalizaciones en los últimos 12 meses	_ _ _

35.b2) ¿Quién asumió el coste de cada una de las hospitalizaciones?

	VECES
1. Osakidetza-Seguridad Social	_ _ _
2. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	_ _ _
3. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, IFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	_ _ _
4. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (obligatoria).	_ _ _
5. Yo pagué los gastos	_ _ _
6. Seguro médico privado (IMQ, SANITAS...), mutua de afiliación privada	_ _ _
7. A cargo de otros Organismos o Instituciones	_ _ _
8. No sabe	_ _ _
9. No contesta	_ _ _

35.c) En relación también al último ingreso hospitalario ¿cuál fue el motivo principal 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

“SERVICIOS NO PRESENCIALES A LA CIUDADANÍA DE OSAKIDETZA”

HABRÁ UN ÚNICO VALOR PARA CADA FAMILIA: A RESPONDER POR LA PERSONA DE REFERENCIA

En la actualidad, el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza ofrece una serie de servicios no presenciales relacionados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación con el objetivo de facilitar el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario, así como la prevención y el tratamiento de enfermedades.

36) Señale si conoce cada uno de los servicios que se mencionan a continuación:

	a) ¿Señale si conoce estos servicios?		b) ¿Lo ha usado?		c) ¿Cuál es su nivel de satisfacción de 0 (nada satisfecho/a) a 10 (muy satisfecho/a)?
	Sí	1 →	Sí	1 →	
1. Solicitud de cita previa para el/la médico/a de familia / pediatra/ enfermería / matró/a a través de la Web de Osakidetza	No	2	No	2	_ _ _
	Sí	1 →	Sí	1 →	
2. Consulta telefónica con el/la médico/a de familia o enfermero/a	No	2	No	2	_ _ _
	Sí	1 →	Sí	1 →	
3. Consejo sanitario telefónico: servicio telefónico atendido por profesionales de la salud para consultas sobre problemas de salud, síntomas, tratamientos etc.	No	2	No	2	_ _ _
	Sí	1 →	Sí	1 →	
4. Carpeta de salud: consulta de la historia clínica a través de Internet	No	2	No	2	_ _ _
	Sí	1 →	Sí	1 →	
5. Osakidetza en tu móvil (App)	No	2	No	2	_ _ _
	Sí	1 →	Sí	1 →	

“NECESIDADES NO CUBIERTAS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

La siguiente pregunta se refiere a las ocasiones en que, desde el día hasta ayer, sintió la necesidad de recibir asistencia sanitaria y no la tuvo por motivos económicos.

37) En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de asistencia sanitaria?

	SÍ he necesitado ... (a, b c y d)		NO he necesitado ...	No sabe	No contesta
	, pero NO me lo pude permitir económicamente	... y SÍ me lo pude permitir económicamente			
a) ... atención médica ...	1	2	3	8	9
b) ... atención dental ...	1	2	3	8	9
c) ... algún medicamento que me habían recetado ...	1	2	3	8	9
d) ... atención de salud mental (por ejemplo, psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra) ...	1	2	3	8	9

“CONSUMO DE MEDICAMENTOS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 2 DÍAS

Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre el consumo de medicamentos en los dos últimos días. **MOSTRAR LA TARJETA N° 4**

38.a) Ayer o anteayer, ¿tomó o utilizó algún medicamento? POR FAVOR, no se olvide de los medicamentos que toma habitualmente por problemas crónico.

Sí	No	No sabe	No contesta
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 tomó en los dos últimos días? ¿Se lo recetó un/a médico/a u otro/a profesional sanitario/a autorizado/a? O lo consumió sin receta (por ejemplo, aconsejado/a por un/a farmacéutico/a, por propia iniciativa o aconsejado/a por otra persona)?

*** NOTA: Desde el punto de vista legal, los/as únicos/as profesionales que pueden realizar una prescripción son el personal médico, el personal de enfermería, los/as odontólogos/as y los/as podólogos/as, en sus respectivos campos de trabajo.**

Número de medicamento	*Con receta	Sin receta
01. Para el dolor y/o antiinflamatorios, para la fiebre	1	2
02. Laxantes	1	2
03. Vitaminas, minerales (hierro, magnesio, ...) y preparados proteicos	1	2
04. Para el ácido úrico/gota	1	2
05. Para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2
06. Antibióticos	1	2
07. Para los nervios, ansiedad, tranquilizantes	1	2
08. Para la depresión	1	2
09. Para dormir	1	2
10. Para el corazón	1	2
11. Para el cáncer, quimioterapia	1	2
12. Para el colesterol	1	2
13. Para la diabetes (insulina y/o medicamentos)	1	2
14. Para la tensión arterial (hipertensión arterial)	1	2
15. Para el estómago y alteraciones digestivas	1	2
16. Para el asma	1	2
17. Para la alergia	1	2
18. Para la osteoporosis	1	2
19. Anticonceptivos	1	2
20. Tratamiento hormonal sustitutorio (menopausia)	1	2
21. Para la diarrea	1	2
22. Para el reuma	1	2
23. Para la tiroides	1	2
24. Para la piel	1	2
25. Para la próstata	1	2
26. Preparados homeopáticos	1	2
27. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	1	2
28. Otros (preparados farmacéuticos)	1	2
29. Especificar:	

“PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.

39.a) ¿Tiene usted alguna enfermedad o problema de salud crónico, haya sido o no diagnosticado por un/a profesional de salud, tenga o no un tratamiento?

Sí	No	No sabe	No contesta
1	2	8	9
(p39.b)	(p40.a)	(p40.a)	(p40.a)

ENCUESTADOR/A: MOSTRAR LA TARJETA N° 5. Leer detenidamente con la persona entrevistada.

39.b) ¿Podría decirnos si tiene o ha tenido alguno de los problemas salud crónicos que ahora le leeré?

01. Caries	Sí	1	22. Problemas de audición (incluye sordera)	Sí	1
	No	2		No	2
02. Otros problemas bucodentales	Sí	1	23. Problemas de la piel	Sí	1
	No	2		No	2
03. Hipertensión (tensión alta)	Sí	1	24. Problemas de tiroides	Sí	1
	No	2		No	2
04. Diabetes	Sí	1	25. Alteraciones de la próstata (solo hombre)	Sí	1
	No	2		No	2
05. Colesterol elevado	Sí	1	26. Incontinencia urinaria	Sí	1
	No	2		No	2
06. Fibromialgia	Sí	1	27. Demencia, deterioro cognitivo	Sí	1
	No	2		No	2
07. Artrosis, artritis o reumatismo	Sí	1	28. Ansiedad	Sí	1
	No	2		No	2
08. Dolor de espalda cervical	Sí	1	29. Depresión	Sí	1
	No	2		No	2
09. Dolor de espalda dorsal o lumbar, ciática	Sí	1	30. Otros problemas mentales	Sí	1
	No	2		No	2
10. Asma	Sí	1	31. Migraña y dolores de cabeza frecuentes	Sí	1
	No	2		No	2
11. Varices en las piernas	Sí	1	32. Osteoporosis	Sí	1
	No	2		No	2
12. Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	Sí	1	33. Anemia	Sí	1
	No	2		No	2
13. Infarto agudo de miocardio	Sí	1	34. Estreñimiento	Sí	1
	No	2		No	2
14. Otros problemas de corazón	Sí	1	35. Ácido úrico/gota	Sí	1
	No	2		No	2
15. Alergias (incluye las alimentarias)	Sí	1	36. Mala circulación de la sangre	Sí	1
	No	2		No	2
16. Bronquitis (EPOC, Enfisema)	Sí	1	37. Insomnio	Sí	1
	No	2		No	2
17. Úlcera de estómago o duodeno	Sí	1	38. Problemas del riñón	Sí	1
	No	2		No	2
18. Hemorroides, almorranas	Sí	1	39. Trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Sí	1
	No	2		No	2
19. Cáncer	Sí	1	40. Problemas asociados al periodo menopáusico (solo mujer)	Sí	1
	No	2		No	2
20. Ceguera parcial o total	Sí	1	41. Otros	Sí	1
	No	2		No	2
21. Cataratas	Sí	1	42. Especificar:		
	No	2			

“ACCIDENTES”

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

40.a) Desde hasta ayer, ¿ha tenido algún accidente con consecuencias en su salud?

	SÍ	NO	No sabe	No contesta
1. Fracturas de huesos, ligamentos, dislocaciones o esguinces	1	2	8	9
2. Cortes profundos, amputaciones o heridas.	1	2	8	9
3. Contusiones (golpes), hematomas.	1	2	8	9
4. Atragantamiento, casi ahogamiento, asfixia.	1	2	8	9
5. Quemaduras, abrasiones.	1	2	8	9
6. Intoxicaciones o envenenamientos.	1	2	8	9

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

LAS TRES SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL ÚLTIMO ACCIDENTE

40.b) ¿Dónde sufrió el último accidente?

En casa.	1
De tráfico como peatón.	2
De tráfico como pasajero/a o conductor/a.	3
En el lugar de 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.c) ¿Cómo se produjo este accidente? **MECANISMO**

Caída a distinto nivel (desde una altura: escalera, silla, ...)	1
Caída a nivel del suelo.	2
Choque o colisión.	3
Objeto cortante.	4
Fuego, líquidos calientes.	5
Electricidad.	6
Ingestión o inhalación de productos tóxicos.	7
Ingestión de medicamentos.	8
Aspiración de cuerpos extraños.	9
Otros.	10
No sabe.	98
No contesta.	99

40.d) Como consecuencia de este accidente: **CONSECUENCIAS**

	Sí	No	No sabe	No contesta
1. ¿Tuvo que suspender o disminuir sus actividades habituales de trabajo o de ocio?	1	2	8	9
2. ¿Tuvo que consultar al o a la médica?	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

III. SECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

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 Euskadi. En ningún caso se utilizarán estos datos de forma individualizada.

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

Día Mes Año

____ | ____ | _____

ENCUESTADOR/A: preguntar y anotar aquí la edad

41.b) EDAD:

____ | ____ | AÑOS

41.c) Sexo: ¿Cuál es su sexo?

Hombre	1
Mujer	6

41.d) ENCUESTADOR/A: Anotar presencia o ausencia en la entrevista.

PRESENCIA

Ausente	1
Presente	2

41.e1) ¿Dónde nació Ud.?

NACIMIENTO.

C.A.E.	1	(pasar a p41.g1)
Resto de CCAA.	2	Especificar CCAA ____ (pasar a p41.f2)
En el extranjero, país de la Unión Europea.	3	Especificar país ____
En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea.	4	

41.e2) ¿Cuál es su nacionalidad?

Española.	1	Especificar nacionalidad ____
Española y otra.	2	
Extranjera.	3	

41.f1) ¿En qué año llegó a España?

AÑO DE LLEGADA. ____ | ____ |

41.f2) ¿En qué año llegó a la C.A. de Euskadi?

AÑO DE LLEGADA. ____ | ____ |

41.g1) ¿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.g2) ¿Vive actualmente en pareja?

Sí	1
No	2

41.h) ¿Cuál es la relación de respecto a 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
Nieto/a.	7
Otros parientes.	8
No emparentados/as.	9
No sabe.	98
No contesta.	99

41.i) ¿Respecto a las labores del hogar o al trabajo doméstico, con qué frecuencia las realiza?

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

- Si p41.i = 5 pasar a p41.k si es la persona de referencia
- Si p41.i = 5, no es la persona de referencia y edad > = 10 años, pasar a p42.a
- Si p41.i = 5 y edad < 10 años pasar a p44

41.j) ¿Cuántas horas dedica de media al día a las labores del hogar? **Apuntar el número de horas y minutos**

	Laborables	Festivos
Nº de horas	_____	_____
Nº de minutos	_____	_____

Las preguntas P41.k y P41.l las contesta únicamente la PERSONA DE REFERENCIA

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

Sí	1
No	2

41.l) Hay una serie de tareas domésticas más relacionadas con la organización o planificación del hogar o de la familia, 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 del hogar o de la familia.	1	_____		
Principalmente una persona del hogar o de la familia con la ayuda de otra u otras personas del hogar o familia.	2	_____	_____	_____
Varias personas del hogar o de la familia por igual.	3	_____	_____	_____

NOTA ENCUESTADOR/A: Tantos códigos de orden como sean necesarios. En la opción 2, la persona que se ocupa principalmente ocupará el primer lugar y el resto se clasificarán siguiendo el orden descendente de responsabilidad asumida.

PARA QUIENES TENGAN 10 o MÁS AÑOS

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

ENCUESTADOR/A: Pregunte a la persona entrevistada su mayor nivel de estudios aprobado (obtenido) y luego clasifíquela en el nivel educativo que corresponda. Recuerde que haber aprobado 8º curso de la antigua EGB se debe clasificar en la opción 4 “Educación secundaria de 1ª etapa”.

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 o 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: Diplomaturas, Arquitecturas e Ingenierías técnicas o 1º ciclo (de 3 años o 180 créditos) aprobado de un estudio universitario de 2 ciclo. Licenciaturas, Grados universitarios, Grado superior de Música o Danza, Estudios Superiores de Diseño, Master, Postgrado o titulaciones equivalentes	8
Doctorado o equivalente: Doctor/a Universitario/a	9

PARA PERSONAS DE 15 o MÁS AÑOS

PERIODO DE REFERENCIA: UNA SEMANA

42.b) ¿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.c
Buscando el primer empleo.	3	Pasar a la p42.f
Jubilado/a, retirado/a, pensionista.	4	Pasar a la p42.e
Rentista.	5	
Estudiante.	6	
Tareas del hogar.	7	
Incapacitado/a.	8	
Otras situaciones.	9	
No sabe.	98	
No contesta.	99	

42.c) ¿Cuántos meses lleva en paro?

_ _ _ _ _ MESES

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

Sí	1	Pasar a la p43.a
No	2	

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

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

42.f) 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 p43.a y recoger ocupación de esa pareja
Recibe prestación o pensión derivada de otra persona (fallecida, divorciada, etc.).	3	Pasar a la p43.a 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 la persona a cargo: ___ y pasar a la p44
Otras situaciones.	5	Pasar a la p44

ENCUESTADOR/A: es IMPRESCINDIBLE rellenar estas preguntas (p43.a---p43.c2)

43.a) ¿Qué cargo o categoría tiene o tenía en su lugar de trabajo?

Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as.	1
Técnico/a Superior.	2
Técnicos/as medios/as (Contables, Arquitectos/as o Ingenieros/as técnicos/as y similares).	3
Capataces, Encargados/as, Agentes comerciales.	4
Técnicos/as especialistas, Oficiales, Administrativos/as.	5
Técnicos/as auxiliares, Aux. Clínica, Aux. Administrativo, Dependientes/as.	6
Trabajadores no cualificados/as.	7
No sabe.	8
No contesta.	9

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

ENCUESTADOR/A: NO CODIFICAR y ANOTAR siempre respuesta en texto

ANOTAR LA OCUPACIÓN

OCUPACIÓN Código de ocupación: | | | | |

43.c1) ¿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 indefinido.	6
Asalariado/a con contrato temporal.	7
Trabaja sin contrato.	8
Otras (Especificar)	9

43.c2) ¿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

PARA LAS PERSONAS QUE ESTÁN TRABAJANDO

43.d) ¿En la última semana que ha trabajado, cuántas horas lo ha hecho de forma remunerada por muy breve que haya sido este trabajo?

|_|_|_| HORAS

43.e) ¿Qué tipo de jornada laboral tiene Vd.?

Jornada partida (mañana y tarde)	1
Jornada continua de mañana	2
Jornada continua de tarde	3
Jornada continua de noche	4
Turnos de mañana y tarde	5
Turnos que incluyen noches	6
Jornada reducida	7
Jornada irregular o variables según los días	8

PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS

44) ¿En qué entidad o entidades está asegurado/a sanitariamente?

NOTA: Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas. Se admiten varias respuestas. (MÚLTIPLE) Las categorías 44.a, 44.b y 44.c son excluyentes.

	Sí	No	
a. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Seguridad Social	1	2	
b. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud	1	2	
c. Mutua de funcionarios/as de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU o similar) con prestación sanitaria a través de una aseguradora privada	1	2	
d. Aseguradora sanitaria privada concertada individualmente (IMQ, Sanitas, Adeslas, etc.)	1	2	
e. Aseguradora sanitaria privada pagada por la empresa (IMQ, Sanitas, Adeslas, etc..)	1	2	
f. No tiene ningún aseguramiento sanitario, sólo utiliza médicos/as privados/as	1	2	
g. Otra situación	1	2	Especificar.....
h. No sabe	1	2	
i. No contesta	1	2	

Le vamos a pedir algunos datos personales. Tenga en cuenta que esa información solamente será utilizada con fines estadísticos y será analizada de forma totalmente anónima. Asimismo, esta información, al igual que la de todo el cuestionario, está protegida por el secreto estadístico y la Ley de Protección de Datos.

45) ¿Le importaría facilitarme alguno de los siguientes documentos : DNI/NIE o número de tarjeta de Osakidetza (TIS)?

ENCUESTADOR/A: IMPORTANTE: recoger SIEMPRE esta información.

45.1	DNI / NIE									
45.2	TIS									

IV. SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR

**HABRÁ UN ÚNICO VALOR PARA CADA FAMILIA:
TODA LA SECCIÓN IV SERÁ RESPONDIDA POR LA PERSONA DE REFERENCIA**

“CONDICIONES Y ENTORNO DE LA VIVIENDA”

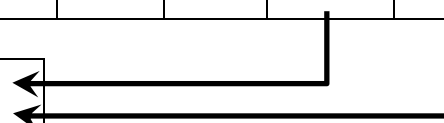
	Años
46.a) ¿Cuántos años hace que reside en su domicilio actual?	_ _

	Sí	No
46.b) En los últimos 12 meses, durante los meses fríos ¿Ha podido permitirse mantener su vivienda a una temperatura adecuada?	1	2
46.c) En los últimos 12 meses, debido a dificultades económicas, ¿su hogar ha tenido retrasos en el pago de los recibos relacionados con el mantenimiento de la vivienda principal (agua, gas, electricidad, comunidad, etc.)?	1	2
46.d) ¿Tiene su vivienda goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre en suelos, marcos ventanas o puertas?	1	2
46.e) ¿Tiene su vivienda escasez de luz natural?	1	2

47) ¿Tiene el entorno de su vivienda alguno de los siguientes problemas?	Mucho	Algo	Nada
a) Ruido procedente del exterior que resulta molesto	1	2	3
e) Contaminación de aire elevada por alguna industria cercana	1	2	3
f) Contaminación del aire elevada por otras causas	1	2	3
g) Escasez de zonas verdes	1	2	3
i) Delincuencia, violencia o vandalismo en su casa o barrio	1	2	3

48.a) Muestre su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1) En mi barrio/pueblo hay muchas oportunidades de comprar fruta y verdura fresca.	1	2	3	4
2) En mi barrio/pueblo hay muchas oportunidades de comprar comida rápida (pizzerías, Hamburgueserías, Kebabs, McDonald's, Burger King...).	1	2	3	4
3) Mi barrio/pueblo dispone de instalaciones para el ejercicio físico (gimnasio, piscina, polideportivo, etc.).	1	2	3	4
4) Mi barrio/pueblo es un entorno adecuado para la práctica de ejercicio físico (pasear, correr, ...).	1	2	3	4

48.b) ¿Cuál es el impedimento principal para la práctica de ejercicio físico en su barrio/pueblo?	
Inseguridad	1
Mucho tráfico	2
Falta de espacios adecuados	3
Otros	4



“INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR”

49.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 todos sus ingresos y descontando las retenciones de impuestos, Seguridad Social, etc.)? **MOSTRAR TARJETA N° 6**

Sin ingresos	1
Hasta 500 €	2
501 – 1.000 €	3
1.001 – 1.500 €	4
1.501 – 2.000 €	5
2.001 – 2.500 €	6
2.501 – 3.500 €	7
3.501 – 5.000 €	8
5.001 – 7.000 €	9
7.001 – 10.000 €	10
Más de 10.000 €	11
No sabe	98
No contesta	99

49.b) 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? **MOSTRAR TARJETA N° 7**

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

“GASTOS SANITARIOS PRIVADOS”

- 50.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?
- 50.b) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses en aparatos y materiales terapéuticos? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 50.c) ¿Cuánto ha gastado su familia en el último mes por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas y ortodoncistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 50.d) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas y ortodoncistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 50.e) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos de dentistas y ortodoncistas? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 50.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?
- 50.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?
- 50.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?
- 50.i) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por el pago de Volantes, Tickets o Cheques para recibir asistencia sanitaria, 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 (excluye dentista/ortodoncista) (último mes)			
d)	SERVICIOS MÉDICOS (excluye dentista/ortodoncista) (últimos 6 meses)			
e)	DENTISTAS/ORTODONCISTAS (últimos 6 meses)			
f)***	SERVICIOS SANITARIOS NO MÉDICOS (últimos 6 meses)			
g)	HOSPITALIZACIONES (últimos 12 meses)			
h)	SEGUROS PRIVADOS	PRIMAS (últimos 12 meses)		
i)		VOLANTES (últimos 6 meses)		

*NOTA ENCUESTADOR/A. La persona entrevistada deberá tener en cuenta los gastos en relación con:

- i) Medicamentos (adquiridos con o sin receta) o preparados medicinales (pomadas, laxantes, vitaminas,...)
- ii) Complementos médicos y otros productos farmacéuticos (termómetros, test de embarazo, test antígenos, betadine, gasas, tiritas, gel hidroalcohólico, mascarillas, líquidos para limpiar lentillas, ...)
- iii) Artículos de higiene y otros productos farmacéuticos (copas menstruales, compresas, pañales, preservativos, diafragmas, ...)

**NOTA ENCUESTADOR/A. La persona entrevistada deberá tener en cuenta los gastos en relación con:

- i) Aurífonos, gafas y lentillas (excluidas sin graduar)
- ii) Rodilleras, muñequeras, cabestrillos, corsés, plantillas, ...
- iii) Bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, grúas...
- iv) Prótesis de cualquier tipo, incluidas dentales (si los gastos no se distinguen de los honorarios propios del dentista, se incluirán todos en el apartado p50.e)

***NOTA ENCUESTADOR/A. La persona entrevistada deberá tener en cuenta los gastos en relación con:

- i) Servicios de laboratorios clínicos (análisis, PCR, test genéticos o prenatales, ...)
- ii) Diagnóstico por imagen (radiografía, resonancia, ecografía, TAC, ...)
- iii) Tratamientos rehabilitadores (ultrasonidos, laserterapia, ozonoterapia,...)
- iv) Servicios de ambulancias
- v) Consultas sanitarias variadas (enfermería, podología, fisioterapia, psicología, ...)
- vi) Otras consultas (osteopatía, acupuntura, homeopatía,...)

V. SECCIÓN DE CUESTIONARIO DE MENORES

PARA TODOS LOS/AS MENORES DE 15 AÑOS

A RESPONDER POR LA PERSONA DE REFERENCIA .

55) ¿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

56) Podría decirme, ¿en qué medida (el/la niño/a) se ha visto limitado/a, durante al menos los últimos 6 meses, debido a un problema de salud para realizar las actividades que los/las niños/as hacen habitualmente? (Por ejemplo: estudiar, jugar, practicar deporte, realizar actividades escolares o extraescolares, actividades familiares o con amigos/as u otras actividades en su el tiempo libre).

Gravemente limitado/a.	1
Limitado/a, pero no gravemente.	2
Nada limitado/a	3

57) ¿Cuántas horas duerme al día (el/la niño/a) habitualmente, incluida la siesta?

Laborables HORAS

Festivos HORAS

58.a) Escriba una cifra.

Aproximadamente: ¿Cuánto pesa (el/la niño/a) sin zapatos?

Kilogramos.

58.b) Escriba una cifra.

Aproximadamente: ¿Cuánto mide (el/la niño/a) sin zapatos?

Centímetros.

La siguiente pregunta es acerca del tiempo que (el/la niño/a) dedica al consumo de pantallas **fuera de su horario escolar habitual**. Incluye el tiempo que permanece frente a una pantalla, como un televisor, ordenador, teléfono móvil, Tablet o cualquier otro dispositivo electrónico durante su tiempo libre mientras ve la televisión, estudia, hace los deberes, consulta Internet, sus redes sociales o el correo electrónico, juega a la consola o videojuegos, etc.

59) ¿Cuánto tiempo permanece (el/la niño/a) de media al día frente a una pantalla fuera de su horario escolar?

Laborables: Horas por día Minutos por día

Festivos: Horas por día Minutos por día

PARA MAYORES DE 6 Y MENORES DE 15 AÑOS

La siguiente pregunta se refieren a la actividad física o deporte que realiza el/la niño/a habitualmente.

60) ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que (el/la niño/a) realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No hace ejercicio físico. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)	1
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)	2
Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	3
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	4
No sabe	5
No contesta	6

Las siguientes preguntas se refieren a los hábitos alimentarios del/la niño/a:

	Sí	No
61.a) ¿Desayuna o almuerza (el/la niño/a) todos los días? Nos interesa saber si (el/la niño/a) ha ingerido alimentos antes de la comida.	1	2
61.b) ¿Desayuna o almuerza (el/la niño/a) un lácteo no azucarado, como yogurt, leche, queso, etc., todos los días?	1	2
61.c) ¿Desayuna o almuerza (el/la niño/a) algún cereal o derivado integral, como pan integral, etc., todos los días?	1	2
61.d) ¿Desayuna o almuerza (el/la niño/a) bollería industrial, galletas, pastelitos, cereales azucarados, etc., todos los días?	1	2
61.e) ¿Toma (el/la niño/a) una fruta todos los días?	1	2
61.f) ¿Toma (el/la niño/a) una 2ª pieza de fruta todos los días?	1	2
61.g) ¿Toma (el/la niño/a) verduras frescas (ensaladas) o cocinadas al menos una vez al día?	1	2
61.h) ¿Toma (el/la niño/a) verduras frescas (ensaladas) o cocinadas más de una vez al día?	1	2
61.i) ¿Consume (el/la niño/a) pescado o marisco al menos 2 o 3 veces a la semana? Se incluyen las latas de pescado (atún, sardinas, etc.) y los berberechos, mejillones, etc. No se incluyen los sucedáneos como las barritas de pescado o los palitos de cangrejo.	1	2
61.j) ¿Consume (el/la niño/a) una vez o más a la semana alimentos de algún establecimiento de comida rápida (<i>fast food</i>) del tipo de hamburguesería, pizzería, döner kebab, franquicia de pollo frito, etc.? Considere las ocasiones que (el/la niño/a) va a este tipo de establecimientos y las que se pide este tipo de comida a domicilio.	1	2
61.k) ¿Toma (al/la niño/a) legumbres, como lentejas, garbanzos, alubias, guisantes, frijoles, habas o soja dos o más veces a la semana?	1	2
61.l) ¿Toma (el/la niño/a) pan, pasta o arroz integrales 5 días o más a la semana?	1	2
61.m) ¿Toma (el/la niño/a) frutos secos crudos o tostados no salados al menos 2 o 3 veces a la semana ?	1	2
61.n) ¿Se utiliza aceite de oliva como principal grasa en casa de (el/la niño/a)?	1	2
61.ñ) ¿Toma (el/la niño/a) ½ litro de leche, 2 yogures o 40 gramos de queso todos los días?	1	2
61.o) ¿Toma (el/la niño/a) golosinas, chucherías, helados, caramelos o aperitivos salados todos los días?	1	2
61.p) ¿Toma (el/la niño/a) una o más veces a la semana alimentos ultra-procesados? Alimentos ultra-procesados son aquéllos de elaboración industrial con más de 5 ingredientes: croquetas, Nuggets, barritas pescado, pizzas, salsas, sopas o cremas preparadas, etc.	1	2

DURACIÓN DEL CUESTIONARIO:

MINUTOS