

CAPITULO F. SALUD (Para todas las personas del hogar)**1. ¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?**

(Instituto de Seguros Sociales –ISS-, Empresa Promotora de Salud –EPS- o Administradora de Régimen Subsidiado -ARS-)

- Sí 1.
 No 2. Pase a 3
 No Sabe 9. Pase a 8

2. ¿Tiene carné? (Solicitar el carné)

- Si y lo mostró 1 Pase a 4
 Sí, pero no lo mostró 2 Pase a 4
 No tiene 3 Pase a 4

3. ¿Cuál es la principal razón para que ... no esté cubierto por una entidad de seguridad social en salud ?

- Falta de dinero 1. Pase a 8
 Muchos tramites 2. Pase a 8
 No le interesa o descuido 3. Pase a 8
 No sabe que debe afiliarse 4. Pase a 8
 No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad 5. Pase a 8
 Está en espera del carné de la ARS o de la EPS 6. Pase a 8
 No hay una entidad cercana 7. Pase a 8
 Otra razón, ¿cuál? _____ 8. Pase a 8

4. ¿Cuál es el nombre de la entidad a la cuál está afiliado? (Si tiene carné y lo muestra, transcriba el nombre de la entidad; si no lo muestra o no tiene, pregunte)

Entidad _____ COD. _____

5. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado: (Si tiene carné y lo muestra, transcriba el régimen; si no lo muestra o no tiene, pregunte)

- Contributivo? (EPS) 1.
 Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) 2.
 Subsidiado? (ARS) 3. Pase a 8
 No sabe, no informa 9. Pase a 8

6. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de ...?

- ... paga una parte y otra la empresa o patrón donde trabaja 1.
 Le descuentan de la pensión 2.
 Le descuentan de la pensión y también paga por afiliación como trabajador independiente 3.
 ... paga la totalidad de la afiliación 4.
 Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja 5. Pase a 8
 No paga, es beneficiario 6. Pase a 8
 Una persona de otro hogar con la cual no tiene vínculo laboral 7. Pase a 8
 No sabe, no informa 8. Pase a 8

CAPITULO F: SALUD

2

7. ¿Cuánto pagó o cuánto le descontaron el mes pasado por la afiliación?

Valor \$ _____

8. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene ... ?

- | | | |
|--|----|--------------------------------------|
| Póliza de hospitalización o cirugía | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Contrato de medicina prepagada | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Contrato de plan complementario de salud con una EPS | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.) | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno | 2. | <input type="checkbox"/> (Pase a 10) |

9. ¿Cuánto paga o le descuentan mensualmente a ... por concepto de estos planes o seguros de salud? (Si los pagos son anuales lleve el valor a mes)

Valor mensual \$ _____

10. ¿Tiene usted una limitación permanente que afecte su desempeño diario?

- | | | |
|----|----|------------------------------------|
| Sí | 1. | <input type="checkbox"/> |
| No | 2. | <input type="checkbox"/> Pase a 13 |

11. ¿Cuál es la que más afecta su desempeño diario?

- | | | |
|--|----|--------------------------|
| Moverse o caminar | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Usar sus brazos o manos | 2. | <input type="checkbox"/> |
| Ver, a pesar de usar lentes o gafas? | 3. | <input type="checkbox"/> |
| Oír, aún con aparatos especiales? | 4. | <input type="checkbox"/> |
| Hablar? | 5. | <input type="checkbox"/> |
| Entender o aprender? | 6. | <input type="checkbox"/> |
| Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? | 7. | <input type="checkbox"/> |
| Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo? | 8. | <input type="checkbox"/> |
| Otra limitación permanente | 9. | <input type="checkbox"/> |

12. Quién se ocupa principalmente del cuidado de ... ?

- | | | |
|---|----|--|
| Una persona de este hogar (remunerada o nó) | 1. | <input type="checkbox"/> →N° de Orden _____ |
| Una persona de otro hogar, no remunerada | 2. | <input type="checkbox"/> →Hombre 1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> |
| Una persona remunerada, de otro hogar | 3. | <input type="checkbox"/> →Hombre 1. <input type="checkbox"/> Mujer 2. <input type="checkbox"/> |
| Una institución contratada para ello | 4. | <input type="checkbox"/> |
| No requiere atención permanente | 5. | <input type="checkbox"/> |
| No tiene quien lo cuide | 6. | <input type="checkbox"/> |

13. ¿Por falta de dinero ... no consumió NINGUNA de las tres comidas básicas o principales (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días de la semana pasada?

- | | | |
|----|----|---|
| Sí | 1. | <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días dejó de consumir las tres comidas? _____ |
| No | 2. | <input type="checkbox"/> |

14. El estado de salud de ... en general es:

- | | | |
|-----------|----|--------------------------|
| Muy bueno | 1. | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | 2. | <input type="checkbox"/> |
| Regular | 3. | <input type="checkbox"/> |

CAPITULO F: SALUD

3

Malo

4. **15. ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud utilizó ... durante los últimos 30 días?**

- | | |
|--|-----------------------------|
| Medicina general o especializada | 1. <input type="checkbox"/> |
| Odontología | 1. <input type="checkbox"/> |
| Laboratorio clínico, Rx u otros exámenes | 1. <input type="checkbox"/> |
| Cirugía ambulatoria | 1. <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitación o terapias | 1. <input type="checkbox"/> |
| Ninguno | 2. <input type="checkbox"/> |

16. ¿... tiene alguna enfermedad crónica? (Enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos)

- | | |
|----|---|
| Si | 1. <input type="checkbox"/> |
| No | 2. <input type="checkbox"/> (Pase a 18) |

17. ¿Para controlar esta enfermedad cada cuanto recibe asistencia o va a la institución de salud?

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| Varias veces al mes | 1. <input type="checkbox"/> |
| Una vez al mes | 2. <input type="checkbox"/> |
| Cada 2 o 3 meses | 3. <input type="checkbox"/> |
| Cada 4, 5 o 6 meses | 4. <input type="checkbox"/> |
| Entre 7 y 11 meses | 5. <input type="checkbox"/> |
| Cada año | 6. <input type="checkbox"/> |
| Esporádicamente | 7. <input type="checkbox"/> |
| Nunca | 8. <input type="checkbox"/> |

18. Sin estar enfermo y por prevención, cuáles de los siguientes profesionales de la salud consulta por lo menos una vez al año?

- | | |
|--|-----------------------------|
| Al médico (general, especialista, oftalmólogo, etc.) | 1. <input type="checkbox"/> |
| Al odontólogo | 1. <input type="checkbox"/> |
| A la enfermera | 1. <input type="checkbox"/> |
| Al Nutricionista | 1. <input type="checkbox"/> |
| Al Optómetra | 1. <input type="checkbox"/> |
| A ninguno | 2. <input type="checkbox"/> |

19. ¿Durante los últimos doce meses ... tuvo que ser hospitalizado?

- | | |
|----|---------------------------------------|
| Sí | 1. <input type="checkbox"/> |
| No | 2. <input type="checkbox"/> Pase a 22 |

20. Por ese problema de salud ¿durante cuántos días en total dejó ... de realizar sus actividades normales? (Si estuvo hospitalizado más de una vez refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días)

No. de días _____

21. ¿Cuánto pagó en total ... por esta hospitalización? (Incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)

Valor total \$ _____

22. En los últimos 30 días ¿... tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud ?

- Si 1.
 No 2. Pase a 34

23. Por ese problema de salud, ¿Durante cuántos días en total dejó ... de realizar sus actividades normales?

Número de días _____

24. Para tratar ese problema de salud, ¿Qué hizo principalmente ...?

- Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS ó ARS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera) 1. Pase a 26
- Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina Prepagada o Plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera) 2.
- Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera) 3.
- Acudió a una ESE – Empresa Social del Estado – (Hospital o Centro de salud) 4.
- Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista 5. Pase a 33
- Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona 6. Pase a 33
- Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.) 7. Pase a 33
- Usó remedios caseros 8. Pase a 33
- Se autorrecetó 9. Pase a 33
- Nada 10. Pase a 33

25. ¿Cuál fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios de una EPS o ARS?

- No está afiliado a una EPS o ARS 1. Pase a 34
- El centro de atención queda lejos 2. Pase a 34
- Falta de dinero para desplazarse 3. Pase a 34
- Falta de dinero para el pago de la cuota moderadora 4. Pase a 34
- Mal servicio 5. Pase a 34
- Cita distanciada en el tiempo 6. Pase a 34
- No lo atendieron 7. Pase a 34
- Muchos trámites para la cita 8. Pase a 34
- Prefiere asistir a medicina prepagada o a médico particular 9. Pase a 34

26. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?

No. de días _____

27. ¿ ... fue remitido al especialista?

- Sí 1.
 No 2. Pase a 29

28. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista? (Si no pidió la cita escriba código 998)

No. de días _____

29. Por esta enfermedad, ¿a ... le formularon medicamentos?

- Sí 1.
 No 2. Pase a 32

30. Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a ... por cuenta de la institución a la cual está afiliado?

- Sí, todos 1. Pase a 32
 Sí, algunos 2.
 No 3.

31. Por que razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?

- No están incluidos en el POS 1.
 No había los medicamentos recetados 2.
 No había la cantidad requerida 3.
 Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica 4.
 No hizo las gestiones para reclamarlos 5.
 Otra ¿cuál? _____ 6.

32. En general, como considera la calidad de el (los) servicio(s) médicos utilizados durante los últimos treinta días?

- Buena 1. Pase a 34
 Regular 2. Pase a 34
 Mala 3. Pase a 34

33. ¿Cuál fue la razón principal por la que ... no solicitó o no recibió atención médica?

- El caso era leve 1.
 No tuvo tiempo 2.
 El centro de atención queda lejos 3.
 Falta de dinero 4.
 Mal servicio o cita distanciada en el tiempo 5.
 No lo atendieron 6.
 No confía en los médicos 7.
 Consultó antes y no le resolvieron el problema 8.
 Muchos trámites para la cita 9.

Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS ... realizó pagos por:
(No incluye los gastos reportados en hospitalización)

34. ¿Bonos o cuotas moderadoras, copagos y bonos de medicina prepagada?

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

35. ¿Consulta médica ?

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

36. ¿Consulta o tratamiento odontológico (calzas, sellantes, brakets, puentes dentales, etc.)?

Si 1. → Valor total \$ _____
No 2.

37. ¿Vacunas?

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

38. ¿Medicamentos o remedios?

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

39. ¿Laboratorio clínico, Rx, exámenes de diagnóstico?

Si 1. → Valor total \$ _____
No 2.

40. ¿Transporte para ir al sitio de atención médica y regresar? (Incluye pago por ambulancia, si la utilizó)

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

41. ¿Rehabilitación o terapias médicas? (Respiratoria, ocupacional, física, etc.)

Si 1. → Valor total \$ _____
No 2.

42. ¿Terapias alternativas? (homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.)

Si 1. → Valor \$ _____
No 2.

43. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿Realizó pagos por lentes, audifonos o aparatos ortopédicos (muletas, silla de ruedas, etc.)?

Si 1. → Valor total \$ _____
No 2.

44. Durante los ULTIMOS DOCE MESES, ¿realizó pagos por cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios? (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos?)

Si
No

1. →
2.

Valor total \$ _____