

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 Regimen Subsidiado –ARS)

- | | | |
|---------|-----------------------------|----------|
| Sí | 1. <input type="checkbox"/> | |
| No | 2. <input type="checkbox"/> | Pase a 3 |
| No Sabe | 9. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |

2. ¿Tiene carné? (Solicitar el carné)

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------|
| Si y lo mostró | 1 <input type="checkbox"/> | Pase a 4 |
| Sí, pero no lo mostró | 2 <input type="checkbox"/> | Pase a 4 |
| No tiene | 3 <input type="checkbox"/> | 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. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| Muchos tramites | 2. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| No le interesa o descuido | 3. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| No sabe que debe afiliarse | 4. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad | 5. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| Está en espera del carné de la ARS o de la EPS | 6. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| No hay una entidad cercana | 7. <input type="checkbox"/> | Pase a 8 |
| Otra razón, ¿cuál? _____ | 8. <input type="checkbox"/> | 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. <input type="checkbox"/> |
| Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) | 2. <input type="checkbox"/> |
| Subsidiado? (ARS) | 3. <input type="checkbox"/> Pase a 8 |
| No sabe, no informa | 9. <input type="checkbox"/> Pase a 8 |

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

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

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?

- | | | | |
|----|----|--------------------------|--|
| Si | 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"/> |
| Malo | 4. <input type="checkbox"/> |

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 tigua, 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 incluya 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

1. ☐

→

Valor total \$_____

No

2. ☐