

Encuesta de salud de Catalunya

2º semestre de 2016

Oleada 13

Cuestionario indirecto

Población de 15 años y más

17/10/2016

Oleada	13	Semestre 2 - 2016			
Número de cuestionario					
Fecha de la entrevista					
Hora de inicio					
Tipo de cuestionario					

SECRETO ESTADÍSTICO

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar una estadística oficial.

La administración y los funcionarios que utilicen esta información están obligados, por ley, al secreto estadístico, es decir, a no divulgarla y a no utilizarla para ninguna otra finalidad que no sea la elaboración de una estadística oficial.

Todos los ciudadanos, entidades e instituciones están obligados por ley a proporcionar la información que se solicita y esta información tiene que ser completa y verídica.

(Artículos 37, 38 y 39 de la Ley 23/1998 de 30 de diciembre, de estadística de Catalunya)

A. Sexo y fecha de nacimiento

Las preguntas que le haremos a continuación se referirán siempre a [NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA]. Así pues, usted nos contestará en nombre de esta persona, aunque también le pediremos información sobre las personas con las que vive.

1. Anotar el sexo de la persona seleccionada, es decir de [NOMBRE]

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer |

2. ¿Cuál es la fecha de nacimiento completa (día, mes y año) de..... [NOMBRE]?

Día

Mes

Año

Personas informadores que NO viven en el hogar

Ahora le haré unas preguntas a usted (preguntas referidas a la persona informadora)

A. Anotar el sexo de la persona informadora sin preguntarlo

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mujer |

B. ¿Qué edad tiene usted?

años

C. ¿Qué relación tiene usted con [NOMBRE]? ¿Usted es..... de [NOMBRE]?

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Esposo/a o pareja |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hijo/a |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Yerno/huera |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Madre/padre |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Otro familiar. <i>Especificar</i> ▼ |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor o responsable no familiar |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona de los servicios sociales |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra relación. <i>Especificar</i> ▼ |

C. Cobertura sanitaria

Para todas las personas entrevistadas

34. [NOMBRE]¿tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que le leeré a continuación? **LEER.** Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares y las de federaciones deportivas. Las tres primeras categorías son excluyentes.

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro sanitario privado, pagado por su empresa (SANITAS, ASISA, la Aliança, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No tiene ningún seguro sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra situación. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente..... [NOMBRE]? **LEER.** Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas.

1	<input type="checkbox"/>	No ha utilizado ninguno
2	<input type="checkbox"/>	Servicio Catalán de la Salud
3	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado a cargo de la mutua obligatoria
4	<input type="checkbox"/>	Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
5	<input type="checkbox"/>	Médicos particulares
5	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼

D. Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud

Para todas las personas entrevistadas

A continuación le haremos unas preguntas referidas al estado de salud de [NOMBRE]

37. ¿Cómo diría usted que es la salud en general de [NOMBRE]? *LEER*

- | | | |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Excelente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Buena |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Regular |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Mala |

38. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa [NOMBRE] sin ropa?

kilos

39. Aproximadamente, ¿cuántos centímetros mide [NOMBRE] sin zapatos?

centímetros

108. Durante la semana pasada ¿cuántas horas ha dormido diariamente, como media..... [NOMBRE]?

..... horas

40a1. Diga qué afirmaciones describen mejor el estado de salud de[NOMBRE] en el día de hoy. *LEER POR GRUPOS DE RESPUESTAS DE 5 EN 5*

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para caminar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para caminar |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para caminar |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para caminar |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede caminar |

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para lavarse o vestirse |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para lavarse o vestirse |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para lavarse o vestirse |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para lavarse o vestirse |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede lavarse o vestirse |

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas del hogar o actividades de ocio) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas leves para hacer sus actividades cotidianas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas moderados para hacer sus actividades cotidianas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas graves para hacer sus actividades cotidianas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No puede hacer sus actividades cotidianas |

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene dolor ni malestar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar leve |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar moderado |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar fuerte |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tiene dolor o malestar extremo |

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No está ansioso/a ni deprimido/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está levemente ansioso/a o deprimido/a |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está moderadamente ansioso/a o deprimido/a |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy ansioso/a o deprimido/a |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Está extremadamente ansioso/a o deprimido/a |

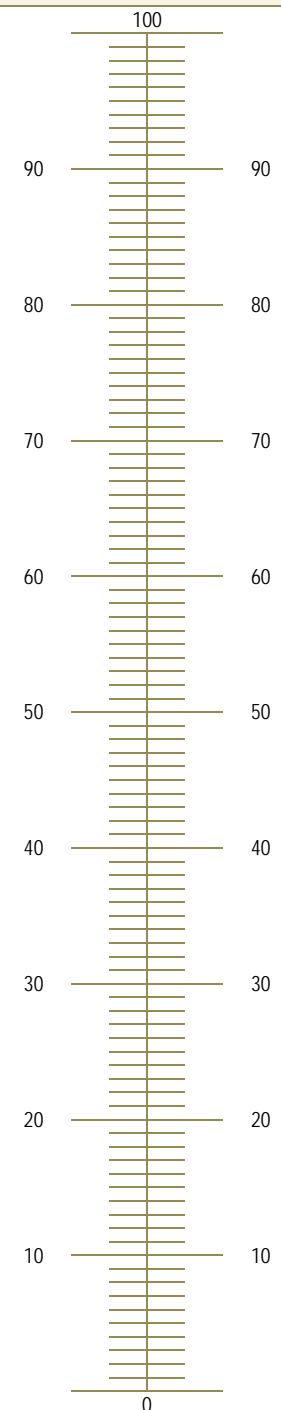
40b. Nos puede indicar, en esta escala que parece un termómetro, su opinión sobre el estado de salud en general de [.....NOMBRE] en el día de hoy. El 100 representa el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor estado de salud imaginable. Encuestador/a: mostrar el termómetro y dejar el lápiz para que la persona informadora marque la cruz.

Estado de salud HOY de
[.....NOMBRE]

Marcar con una cruz en el termómetro el
estado de salud de
[.....NOMBRE] en el día de hoy

Puntuación

Mejor estado de salud imaginable



Peor estado de salud imaginable

Ahora le haré una pregunta muy parecida a otra anterior.

37b. ¿Cómo diría usted que es la salud de[NOMBRE] en general? LEER

- | | | |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy buena |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Buena |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Regular |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mala |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Muy mala |

E. Morbilidad crónica y accidentes

Para todas las personas entrevistadas

41. Tiene [NOMBRE] alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

42. A continuación, ¿nos podría decir si [NOMBRE] padece o ha padecido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré?

42a- ¿Alguna vez [NOMBRE] ha padecido...? Entrevistador/a, lea todas las enfermedades que se relacionan, una a una, y anote la respuesta que proceda.

- Sí ☐ 1
- No ☐ 6
- No sabe ☐ 8
- No contesta ☐ 9

Lista de enfermedades:

1. Presión alta
2. Colesterol elevado
3. Diabetes o azúcar en la sangre
4. Anemia
5. Alergias crónicas
6. Asma
7. Bronquitis crónica
30. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema
8. Varices en las piernas
10. Migraña o dolores de cabeza frecuentes
11. Cataratas
12. Dolor de espalda crónico cervical
13. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal
14. Artrosis, artritis o reumatismo. *Especificar.. ▼*
15. Osteoporosis
16. Problemas de próstata (sólo hombres)
17. Incontinencia urinaria (pérdidas involuntarias de orina)
18. Estreñimiento crónico
19. Almorranas/hemorroides
20. Úlcera de estómago o duodeno
21. Problemas crónicos de piel (*desplegar la opción de la psoriasis solo si contesta afirmativamente a este ítem*)
- 21.1 Psoriasis
22. Problemas de tiroides
23. Depresión y/o ansiedad
24. Otros trastornos mentales. *Especificar.. ▼*
25. Embolia/apoplejía
26. Infarto de miocardio
27. Otras enfermedades del corazón
28. Tumores malignos
29. Otro trastorno crónico. *Especificar.. ▼*

Si 42a=1, pasar a las preguntas 42b y 42c, una a continuación de la otra

42b- ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 6
- No sabe ☐ 8
- No contesta ☐ 9

42c- ¿Le ha dicho un médico que la padece?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 6
- No sabe ☐ 8
- No contesta ☐ 9

	42a ¿Alguna vez ha padecido...?	42b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	42c ¿Le ha dicho un médico que la padece?
1. Presión alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Colesterol elevado	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Anemia	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Alergias crónicas	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Bronquitis crónica	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

etc.

Para las personas diagnosticadas de psoriasis por un médico (42c.21.1=1)

PSOR1. Desde el momento que.....[NOMBRE] fue diagnosticado/a, ¿ha recibido alguna vez un tratamiento sistémico (pastillas, tratamiento con luz o inyecciones)?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

Para todas las personas entrevistadas

Las preguntas que haremos seguidamente tratan sobre accidentes que ha tenido [NOMBRE] que le hayan provocado alguna **RESTRICCIÓN** en sus actividades habituales y/o que hayan requerido **ASISTENCIA SANITARIA**.

43. ¿Durante los últimos 12 meses [NOMBRE] ha tenido algún accidente como.....? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Caídas de un nivel más alto que otro (caídas de una escalera, de una silla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Caídas en un mismo nivel (caídas a ras de suelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Intoxicaciones (excluye intoxicación alimenticia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accidentes de tráfico como conductor/a o pasajero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accidentes de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mordeduras o agresiones de origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otro. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí no ha tenido ningún accidente

► *pasar a la pregunta 46a*

45. ¿Dónde tuvo lugar el accidente? *Si ha tenido más de uno, hay que referirse al último*

1	<input type="checkbox"/>	Dentro de casa
2	<input type="checkbox"/>	En la empresa o puesto de trabajo
3	<input type="checkbox"/>	En un desplazamiento durante la jornada laboral
4	<input type="checkbox"/>	En la escuela o centro de formación
5	<input type="checkbox"/>	En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o del centro de formación
6	<input type="checkbox"/>	En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)
7	<input type="checkbox"/>	En un centro deportivo
8	<input type="checkbox"/>	En otro sitio de esparcimiento
9	<input type="checkbox"/>	En otro sitio. <i>Especificar</i> ▼

F. Consumo de medicamentos

Para todas las personas entrevistadas

46a. De la siguiente lista, ¿qué medicamentos ha tomado [NOMBRE] durante los últimos DOS días (ayer y/o antes de ayer)? *LEER.*

En caso afirmativo, ¿le ha sido recetado por el médico/a para este caso concreto, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?

	1. No	2. Sí Recetado por el médico/a para este caso concreto	3. Sí Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí. Por iniciativa propia
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquilizantes, sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicamentos para la tos o el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibióticos (penicilina u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicamentos para el asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicamentos para la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicamentos para el colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicamentos para problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medicamentos para el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicamentos para la osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anticonceptivos (<i>Sólo mujeres</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicamentos para problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicamentos para problemas de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicamentos homeopáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantas medicinales compradas en farmacias o herboristerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otro medicamento. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Limitaciones, discapacidades y autonomía personal

Para todas las personas entrevistadas

48. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida [NOMBRE] se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente hace habitualmente?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, gravemente limitado/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitado/a pero no gravemente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitado/a ► pasar a la pregunta 50 |

49. ¿Cuánto tiempo hace que tiene esta limitación?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 meses |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 meses y menos de 1 año |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y menos de 5 años |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 y menos de 10 años |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hace 10 años o más |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Siempre |

50. Las preguntas siguientes tienen por objeto concretar si [NOMBRE] tiene alguna limitación grave o discapacidad que le afecte de manera permanente para realizar sus actividades cotidianas

	1. Sí	2. No
1. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave en la vista , que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave del oído , de manera que no puede seguir una conversación de tono normal entre varias personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave para hablar , por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que hace que los demás tengan dificultades para entender lo que dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna limitación grave de comunicación para escribir o leer –exceptuando las personas analfabetas o con problemas de visión- o para utilizar y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Por problemas físicos de movilidad,..... [NOMBRE] tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado/a de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿..... [NOMBRE] tiene problemas para caminar , de manera que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿..... [NOMBRE] tiene otras limitaciones importantes de movimiento , como mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 escalones- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas , grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿..... [NOMBRE] tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, diálisis, dieta estricta, etc.) que le impiden hacer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿..... [NOMBRE] tiene dificultades graves para hacer las actividades del cuidado del hogar y otras actividades cotidianas como comprar, cocinar, hacer el trabajo doméstico, administrar dinero o telefonar sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. ¿A causa de un problema de salud, necesita [.....NOMBRE] la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, regularmente |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, a veces |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necesita ayuda ► pasar a la pregunta VAB1 |

*Sólo para las personas entrevistadas que necesitan ayuda o compañía para realizar actividades habituales de la vida cotidiana
(han contestado 1 o 2 a la pregunta 53)*

D. Es usted la persona que se ocupa principalmente del cuidado de [NOMBRE]? *NO LEER*

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, solo/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, con la ayuda de otras personas del hogar |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se ocupa habitualmente |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otra opción. <i>Especificar</i> ▼ |

Visión

Para todas las personas entrevistadas

A continuación le haremos una serie de preguntas sobre la visión de..... [NOMBRE].

VAB 1. [NOMBRE] ¿Utiliza gafas o lentes de contacto?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Es ciego/a o no puede ver nada |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |
- Pasar a la pregunta 87

VAB 2. [NOMBRE] ¿Ha sido operado/a de cataratas?

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

VAB3. [NOMBRE] ¿Tiene alguna dificultad para ver la letra de un periódico, incluso si utiliza sus gafas o lentes de contacto?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene ninguna dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna dificultad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene mucha dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No puede hacerlo |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

VAB4. [NOMBRE] ¿Tiene alguna dificultad para ver la cara de una persona aproximadamente a 4 metros de distancia, incluso si utiliza sus gafas o lentes de contacto?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No tiene ninguna dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Tiene alguna dificultad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Tiene mucha dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No puede hacerlo |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

L. Visitas médicas durante los últimos 12 meses y 15 días

Para todas las personas entrevistadas

Las preguntas siguientes tratan de los contactos con los servicios sanitarios que ha tenido [NOMBRE], como las visitas a médicos/as u otros profesionales sanitarios o sociosanitarios, o las estancias en un hospital

87. En los últimos 12 meses, ¿le ha visitado a [NOMBRE] alguno de los siguientes profesionales sanitarios o sociosanitarios a causa de su salud? *LEER*

	1. Sí	2. No
1. Médico/a de medicina general o de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (óptico/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ginecólogo/a (<i>Sólo mujeres</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Médico/a de otra especialidad (<i>alergología, aparato digestivo, dermatología, cirugía, reumatología, traumatología, endocrinología, otorrinolaringología, nefrología, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretamente, ha sido visitado por un Oftalmólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatólogo/a y/o traumatólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermero/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Comadrón/a (<i>Sólo mujeres</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteópata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacéutico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Profesionales de las medicinas complementarias (<i>homeópata, naturista, acupuntor/a...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otro profesional. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿le ha visitado a [NOMBRE] un profesional sanitario o sociosanitario a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	1. Sí
2	<input type="checkbox"/>	2. No

89. Durante los últimos 15 DÍAS, ¿ha hecho [NOMBRE] alguna consulta a un profesional farmacéutico a causa de su salud?

1	<input type="checkbox"/>	1. Sí
2	<input type="checkbox"/>	2. No

NC1. Durante los últimos 15 días, ¿..... [NOMBRE] ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No ➔ <i>Pasar a la pregunta 90</i>

NC2. ¿Por qué motivo [NOMBRE] no solicitó atención sanitaria?

1	<input type="checkbox"/>	Pérdida de horas de trabajo
2	<input type="checkbox"/>	Miedo a perder el trabajo
3	<input type="checkbox"/>	Incapacidad física para desplazarse
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de transporte
5	<input type="checkbox"/>	No resuelven su problema de salud
6	<input type="checkbox"/>	Tener que cuidar un hijo o un enfermo en casa
7	<input type="checkbox"/>	Le han dado hora de visita para más adelante
8	<input type="checkbox"/>	No era suficientemente grave
9	<input type="checkbox"/>	Lo resolvió en la farmacia
10	<input type="checkbox"/>	Tiene otros remedios curativos
11	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
12	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. <i>Especificar</i> ▼

N. Atención especializada (interconsulta con AP)

Para todas las personas entrevistadas que hayan visitado un médico/a de cabecera en el último año

118. ¿En alguna de las visitas que [NOMBRE] ha hecho en los últimos 12 meses, este médico/a de cabecera ha consultado otro médico/a especialista?

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No..... ► Pasar a la pregunta 104 |
| 99 | <input type="checkbox"/> | No lo sé. ► Pasar a la pregunta 104 |

119. ¿Cuál ha sido el resultado de esta consulta entre el médico/a de cabecera de..... [NOMBRE] y el médico/a especialista? (en caso que haya habido más de una, se refiere a la última)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera de..... [NOMBRE] lo ha atendido con el consejo del otro médico/a especialista. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera de..... [NOMBRE] lo ha hecho hacer exploraciones complementarias y después lo ha derivado a otro médico/a especialista. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | El médico/a de cabecera de..... [NOMBRE] lo ha derivado a otro médico/a especialista. |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Otros. Especificar (no lo sabe, todavía no se ha resuelto, etc.) ▼ |

O. Atención de urgencias y hospitalizaciones

Para todas las personas entrevistadas

104. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido visitado/a [NOMBRE] o ha consultado un servicio de urgencias?

veces

► Si la respuesta es 0 pasar a la pregunta 106

La pregunta siguiente se refiere a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses realizada por [NOMBRE]

105. ¿Dónde le visitaron o hizo la consulta?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En un hospital público |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privado |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un Centro de atención primaria o Centro de atención continuada (ambulatorio) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | En la consulta de un médico/a o centro privado |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En otro sitio. Especificar ▼ |

106. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a [NOMBRE] en un hospital como mínimo una noche? Se incluye si ha permanecido más de 24 horas en urgencias

veces

B. Contexto familiar y datos sociodemográficos

Para todas las personas entrevistadas

3. ¿Cuántas personas viven con [NOMBRE] en esta casa de manera habitual? *Incluyendo a la persona seleccionada y, si vive en el hogar, la persona informadora*

personas

Si la persona vive sola

► *pasar a la pregunta 7*

Las preguntas siguientes se han de formular a cada miembro del hogar donde vive [NOMBRE]. ANOTAR las respuestas en la tabla adjunta

4. ¿Cuál es el parentesco de cada una de estas personas con la persona de referencia del hogar? ► *señalar en la tabla*

- | | | |
|------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1. Persona de referencia del hogar | 5. Abuelo/a | 9. Suegro/a |
| 2. Hijo o hija | 6. Nieto/a | 10. Yerno o nuera |
| 3. Esposo/a o pareja | 7. Hermano/a | 11. Otros familiares |
| 4. Padre o madre | 8. Cuñado/a | 12. Otros no familiares |

5. Cada una de estas personas, ¿es hombre o mujer? ► *señalar en la tabla*

1. Hombre
2. Mujer

6. ¿Qué edad tiene cada una de estas personas? ► *señalar en la tabla*

Miembros del hogar	Persona entrevistada	4. Parentesco	5. Sexo	6. Edad	7. Discapacitado/a	8. Cuidador/a principal en el hogar
Miembro 1	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro 10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Alguna de estas personas requiere algún tipo de dedicación especial por el hecho de sufrir alguna limitación, discapacidad o dependencia para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana?

1. Sí ► *señalar en la tabla de qué miembro/s del hogar se trata*
2. No

Sólo para las personas que viven con personas discapacitadas, personas menores de 18 años y/o personas de 75 años y más.

Anotar la respuesta en la tabla adjunta

8. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas discapacitadas o con limitaciones que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? *LEER*

Marcar la respuesta en la tabla que hay a continuación y en la tabla familiar cuando halla convivencia en el mismo hogar.

9. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas menores de 18 años (no discapacitadas) que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? *LEER*

10. ¿Quién se ocupa principalmente de las personas de 75 años y más (no discapacitadas) que viven en el hogar de..... [NOMBRE]? *LEER*

	8. Personas del hogar discapacitadas	Personas del hogar NO discapacitadas	
		9. Menores de 18 años	10. Personas de 75 años y más
1. [NOMBRE] sol/a (persona seleccionada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La pareja de..... [NOMBRE]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. [NOMBRE], compartiendo con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. [NOMBRE], compartiendo con otra persona que no es su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. [NOMBRE], compartiendo con una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra persona del hogar que no es la pareja de..... [NOMBRE]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ellas mismas (no requieren atención especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los servicios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Otra situación. <i>Especificar</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para todas las personas entrevistadas

11. En el hogar de [NOMBRE], ¿quién se ocupa principalmente de las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | [NOMBRE] sol/a (persona seleccionada) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | La pareja de..... [NOMBRE] |
| 3 | <input type="checkbox"/> | [NOMBRE], compartiendo con su pareja |
| 4 | <input type="checkbox"/> | [NOMBRE], compartiendo con otra persona que no es su pareja |
| 5 | <input type="checkbox"/> | [NOMBRE], compartiendo con una persona contratada |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otra persona del hogar que no es la pareja de..... [NOMBRE] |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona contratada |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Los servicios sociales |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼ |

12. ¿Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica [NOMBRE] a las tareas de casa como limpiar, planchar, cocinar, etc., durante un día laborable?

horas / un día laborable

13. ¿Y durante el fin de semana?

horas / un fin de semana completo (sábado y domingo)

15. ¿Qué nacionalidad tiene [NOMBRE]?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Española |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Española y otra extranjera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Extranjera |

Especificar país nacionalidad extranjera

16. ¿Dónde nació [NOMBRE]?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En el mismo municipio de residencia |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de Cataluña |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En otro municipio de España, fuera de Cataluña |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En el extranjero |

► pasar a la pregunta 18

► pasar a la pregunta 18

► pasar a la pregunta 18

Especificar el municipio ▼

Especificar la provincia ▼

Especificar el país ▼

Sólo para las personas entrevistadas que han nacido fuera de España

17. ¿En qué año llegó [NOMBRE] a España?

Año de llegada

Para totes les persones entrevistades

18. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados de [NOMBRE]?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años |
| 6 | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio |
| 7 | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería o grados |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, posgrado, máster, MIR o equivalente |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. Especificar ▼ |

19. ¿Cuál es la situación laboral principal actual de [NOMBRE]?

- | | | | |
|----|--------------------------|--|---------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Trabaja | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación | ► pasar a la pregunta 21 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación | ► pasar a la pregunta 21 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa) | ► pasar a la pregunta 22 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Estudiante | ► pasar a la pregunta 22 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente | ► pasar a la pregunta 22 |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad | ► pasar a la pregunta 111 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada | ► pasar a la pregunta 111 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. Especificar ▼ | ► pasar a la pregunta 22 |

Sólo para personas entrevistadas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 y 2)

20. ¿Qué probabilidad tiene [NOMBRE] de perder su trabajo en los próximos 6 meses? LEER

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Muy probable |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Muy improbable |

Sólo para personas entrevistadas que están en situación de paro (pregunta 19, respuestas 3 y 4)

21. ¿Cuánto tiempo lleva parado ininterrumpidamente [NOMBRE]?

meses ► Si la persona en situación de paro tiene prestación económica (preg. 19 respuesta 3) pasar a la pregunta 110

Sólo para las personas entrevistadas que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19 respuestas 4,5,6,7 y 10)

22. Aunque en la actualidad [NOMBRE] no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes de forma remunerada?

- | | | | |
|---|--------------------------|----|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► pasar a la pregunta 27 (si NO es persona de referencia) o 116 (si SÍ es persona de referencia) |

Sólo para personas que están en paro, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 19, respuestas 3, 4, 5, 6, 7 y 10)

110. ¿Por qué motivo ...[NOMBRE] dejó o perdió su trabajo?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Por motivos de salud |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Por motivos familiares |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Por finalización del contrato |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Por cambios organizativos o económicos en la empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Por despido |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Por otro motivo. Especificar ▼ |

Sólo para personas que están jubiladas (pregunta 19, respuestas 8 y 9)

111. ¿A qué edad se jubiló ...[NOMBRE]?

Sólo para las personas entrevistadas que trabajan o han trabajado con anterioridad

23. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) [NOMBRE]?

24. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [NOMBRE] en esta empresa?

25. ¿En qué situación se encuentra [NOMBRE] en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼ |

26. ¿Tiene [NOMBRE] (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas |

Sólo para las personas que trabajan actualmente (pregunta 19, respuestas 1 o 2)

112. ¿Qué tipo de jornada tiene ...[NOMBRE] en su trabajo?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la mañana (por ejemplo de 8 a 15 horas) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la tarde (por ejemplo de 13 a 21 horas) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada continua, por la noche |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Turnos |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable según los días |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificarla</i> ▼ |

113. Dentro de la jornada habitual normal, ¿...[NOMBRE] tiene flexibilidad horaria?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

114. ¿Cuántas horas ha trabajado ...[NOMBRE] durante la última semana?

, horas trabajadas en total durante la última semana

115. En general, ¿...[NOMBRE] se siente satisfecho/a con sus condiciones de trabajo? *Leer.*

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Está muy satisfecho/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Está satisfecho/a |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Está insatisfecho/a |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Está muy insatisfecho/a |

Si la persona entrevistada es la persona de referencia del hogar ► pasar a la pregunta 116

PERSONA DE REFERENCIA DEL HOGAR

Ahora le haré unas preguntas referidas a la persona de referencia del hogar donde vive [NOMBRE].

27. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados de la persona de referencia del hogar?

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe leer ni escribir |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Primarios completos: primaria LOGSE completa o cinco cursos aprobados de EGB o programas de garantía social o PCPI (programa de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO completa, haber aprobado las pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estudios de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU, o prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años |
| 6 | <input type="checkbox"/> | FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio |
| 7 | <input type="checkbox"/> | FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de primer ciclo: diplomatura universitaria, arquitectura e ingeniería técnica, enseñanzas universitarias de ciclo corto, enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de segundo ciclo: licenciatura, arquitectura e ingeniería, o grados |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios de doctorado, postgrado, máster, MIR o equivalente |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Otra posibilidad. <i>Especificar</i> ▼ |

28. ¿Cuál es su situación laboral principal actual? [de la persona de referencia del hogar]

- | | | | |
|----|--------------------------|--|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Trabaja | ► pasar a la pregunta 30 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses | ► pasar a la pregunta 30 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Parado/a con subsidio/prestación | ► pasar a la pregunta 30 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Parado/a sin subsidio/prestación | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Tareas del hogar (ama de casa) | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Estudiante | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Incapacitado/a o con invalidez permanente | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a por edad | ► pasar a la pregunta 30 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Jubilado/a de forma anticipada | ► pasar a la pregunta 30 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Otra situación. <i>Especificar</i> ▼ | |

Sólo para las personas de referencia que están en paro sin prestación, realizan tareas del hogar, estudiantes o con incapacidad o invalidez permanente (pregunta 28, respuestas 4,5,6,7 y 10)

29. Aunque esta persona [la persona de referencia del hogar] no trabaja remuneradamente en la actualidad, ¿había trabajado antes?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► pasar a la pregunta 116 |

Sólo para las personas de referencia que trabajan o han trabajado con anterioridad

30. ¿Cuál es la actividad principal de la empresa donde trabaja (o trabajaba) [la persona de referencia del hogar]?

31. ¿Qué trabajo concreto hace (o hacía) [la persona de referencia del hogar] en esta empresa?

31_BIS. ¿En qué situación se encuentra esta persona [la persona de referencia del hogar] en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? *LEER*

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Funcionario/a |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Asalariado/a con contrato indefinido |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de menos de 6 meses |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 6 meses a menos de 1 año |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 1 año a menos de 2 años |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de 2 años y más |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar) |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT) |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Trabaja sin contrato |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autónomo o profesional sin asalariados/as |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con menos de 10 trabajadores/as |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresario/a con 10 o más trabajadores/as |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Otra relación contractual. <i>Especificar</i> ▼ |

32. [La persona de referencia del hogar] ¿Tiene (o tenía en el último trabajo) trabajadores/as a su cargo? *En caso afirmativo, ¿cuántos?*

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 1 a 4 personas |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 personas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 11 a 20 personas |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, más de 20 personas |

Para totes les personas entrevistadas

116. En relación al total de ingresos netos mensuales de esta familia, ¿cómo acostumbra a llegar a final de mes? *Mostrar la tarjeta*

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Con mucha dificultad |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Con dificultad |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con cierta dificultad |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con facilidad |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Con mucha facilidad |

Privación material

Para todas las personas entrevistadas

PM1 i PM2. En el hogar de ...[NOMBRE], ¿tienen (o pueden permitirse tener) los equipamientos siguientes?

(Distinguir las personas que no tienen porque no quieren o consideran que no lo necesitan de las que no tienen porque no pueden).

	PM1. ¿Tienen?	PM2. ¿Se lo pueden permitir?
1. Lavadora	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No
2. Televisor en color	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No
3. Teléfono (fijo o móvil)	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar al siguiente ítem)</i>	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No
4. Automóvil (se incluye el coche de empresa disponible para uso privado)	1. <input type="checkbox"/> Sí <i>(Pasar a la pregunta PM3)</i>	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> No

PM3. ¿La vivienda de ...[nombre] tiene una temperatura suficientemente cálida durante los meses fríos?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

PM4. El hogar de ...[nombre] se puede permitir:

1. ¿Ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año?	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No
2. ¿Una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para vegetarianos) al menos cada dos días?	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No
3. ¿Hacer frente a un gasto imprevisto de 750€ con sus propios recursos?	1. <input type="checkbox"/> Sí
	2. <input type="checkbox"/> No

PM 5. ¿En los últimos 12 meses el hogar de ...[nombre] se ha atrasado en el pago de algún recibo o cuota de los gastos siguientes, debido a dificultades económicas?

	1. No ha de realizar este tipo de pago	2. Sí, sólo una vez	3. Sí, dos veces o más	4. No	5. NS/Nc
1. Préstamos hipotecarios solicitados para la compra de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compras aplazadas u otros préstamos <i>(puede considerar los préstamos hipotecarios para segundas residencias, pero no considere el préstamo hipotecario solicitado para la compra de la vivienda principal)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recibo del alquiler de la vivienda principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Facturas o recibos de servicios (luz, agua, gas, calefacción, comunidad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas del cuestionario de la Encuesta de salud de Cataluña ya se han acabado.

Muchas gracias por su colaboración

P. FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)

200. Hora de finalización de la entrevista

--	--	--	--

201. Duración total de la entrevista en minutos

--	--

 minutos

202. Titular o sustituto/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular	
2	<input type="checkbox"/>	Sustituto núm. <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

203. Motivo por el que se ha utilizado el cuestionario indirecto

0	<input type="checkbox"/>	No se ha utilizado cuestionario indirecto	▶ pasar a la pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacidad permanente de la unidad muestral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal de la unidad muestral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona mayor con dificultades	
4	<input type="checkbox"/>	Problemas de idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menores de 15 años	
6	<input type="checkbox"/>	Otro motivo. Especificar ▼	

--

204. La persona seleccionada, ¿estaba presente durante la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Se encontraba presente durante la entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Se encontraba en el domicilio, pero en otra habitación
3	<input type="checkbox"/>	No estaba en el domicilio

205. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Catalán
2	<input type="checkbox"/>	Castellano
3	<input type="checkbox"/>	Catalán y castellano combinados
4	<input type="checkbox"/>	Otra posibilidad. Especificar ▼

--

206. La persona informadora, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad
Catalán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207. Presencia de terceras personas durante la entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sin observadores	5	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores (de más de 15 años aproximadamente)
2	<input type="checkbox"/>	Pareja	6	<input type="checkbox"/>	Otros familiares
3	<input type="checkbox"/>	Padre/madre	7	<input type="checkbox"/>	Amigos o vecinos
4	<input type="checkbox"/>	Hijos pequeños (hasta 15 años aproximadamente)	8	<input type="checkbox"/>	Otras personas (relación desconocida)

208. Valora del 0 (muy poco) al 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Al interés en responder la encuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209. ¿Hay alguna pregunta cuya respuesta puede ser poco fiable? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

Pregunta / apartado Pregunta / apartado Pregunta / apartado Pregunta / apartado Pregunta / apartado

--	--	--	--	--

210. Lugar de realización de la entrevista

- | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (puerta) | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Domicilio (interior) | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Puesto de trabajo | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Calle o exterior del domicilio | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro sitio. <i>Especificar</i> ▼ | <i>Si no se ha observado el domicilio de la persona entrevistada ACABAR</i> |

--

211. Tipo de vivienda donde vive la persona entrevistada

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos con ascensor |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Edificio de pisos sin ascensor |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar adosada |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar entre medianeras |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aislada |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Otro tipo. <i>Especificar</i> ▼ |

212. ¿En qué planta vive?

--	--

--

213. ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

214. ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda sin rampa ni barandilla adaptada ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

215. ¿Cómo definiría, a primera vista, el nivel de habitabilidad y salubridad de la vivienda donde vive la persona entrevistada?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Correcto |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Deficiente |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Muy deficiente |

216. Observaciones

--

217. Encuestador/a

--