



SECRETARÍA DE SALUD
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y
NUTRICIÓN 2005
CUESTIONARIO HOGAR



IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Entidad Federativa _____ [] []
 Municipio o Delegación _____ [] [] []
 Localidad _____ [] [] [] []
 Clave AGEB..... [] [] [] - []
 Manzana [] [] []
 U.P.M [] []
 Ciudad [] [] []

Estrato [] **1-Urbano 2-Rural**

Nivel Socioeconómico..... [] **1-Bajo 2-Medio 3-Alto**

CONTROL DE CUESTIONARIO

Núm. de cuestionario: [] [] [] [] [] []

CONTROL DE CUESTIONARIO

Hogar..... [] de []
DE LA VIVIENDA

Cuestionario..... [] de []
DEL HOGAR

Número Progresivo
 de Vivienda..... [] [] []

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

 (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

No. EXTERIOR _____ No. INTERIOR _____ (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) [] [] [] [] [] []
 CÓDIGO POSTAL

RESULTADO DE LA VISITA

| NÚMERO DE VISITA | 1ª. | 2ª. | 3ª. |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR | _____ [] [] | _____ [] [] | _____ [] [] |
| FECHA (dd mm aa) | [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] [] |
| HORA DE INICIO | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] |
| HORA DE TÉRMINO | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] |
| DURACIÓN | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] | [] [] : [] [] |
| RESULTADO (*) | [] [] | [] [] | [] [] |

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 05 AUSENCIA DE OCUPANTES AL VISITARLOS | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 09 NO HABLA ESPAÑOL |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 07 VIVIENDA DESHABITADA | 10 NO ES VIVIENDA |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | | 11 OTRO (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES) |

Nombre del supervisor _____ Nombre del codificador _____

- TIPO DE SUPERVISIÓN**
- Reentrevista
 - Revisión de cuestionario
 - Acompañamiento
 - Otros _____
 Especificar

Fecha de supervisión: [] [] [] [] [] []
 Día Mes Año

Fecha de captura: [] [] [] [] [] []
 Día Mes Año

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud. Estamos visitando los hogares para platicar sobre su salud, educación, vivienda y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales, de educación y de salud.

SECCIÓN 1. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <p>1.1 NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA VIVIENDA</p> <p>¿Cuántas personas normalmente viven en esta vivienda, contando a los niños pequeños y a los ancianos?</p> <p>INCLUYA TAMBIÉN A LOS EMPLEADOS DOMÉSTICOS QUE DUERMEN EN ESTA VIVIENDA</p> | <p>[][] Total de personas</p> | |
| <p>1.3 IDENTIFICACIÓN DE NÚMERO DE HOGARES</p> <p>Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para la comida, contando el de usted?</p> | <p>[] Número de hogares</p> | |

CUANDO EN LA VIVIENDA EXISTA MÁS DE UN HOGAR O GRUPO DE PERSONAS, APLIQUE UN CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

| PARA TODAS LAS PERSONAS | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| NOMBRE | | VERIFICACIÓN | | RESPONSABLE DEL HOGAR | |
| 2.01 NÚMERO DE REGISTRO | 2.02 Sin olvidar a los niños chiquitos, los ancianos y empleados domésticos que duermen aquí, por favor dígame el nombre completo de cada una de las personas que viven normalmente en este hogar, empezando por el jefe de familia y luego del mayor al menor. | 2.03 Entonces actualmente, ¿son... [][] integrantes? | | 2.05a Por favor dígame el nombre del o la responsable de este hogar Nombre [][] Número de registro del (la) responsable del hogar | |
| | | SEXO | EDAD | | |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;"> SI EN EL HOGAR EXISTEN MÁS DE 12 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA </div> | 2.04 Sexo | 2.05 ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente (NOMBRE)? | | |
| | | Hombre.....1 Mujer.....2 | Menores de un año.....00 No responde...88 No sabe.....99 | | |
| Nombre(s) (Apellidos Paterno Materno) | | Hombre | Mujer | Años | SELECCIÓN |
| 01 | | 1 | 2 | [][] | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;"> TRANSCRIBA EL NÚMERO DE REGISTRO DE LAS PERSONAS SELECCIONADAS PARA LOS CUESTIONARIOS INDIVIDUALES </div> [][] 00-09 años [][] 10-19 años [][] 20 y más años [][] más de 60 años [][] utilizador de servicios de salud (después de la pregunta 6.14) Número de registro de las personas seleccionadas |
| 02 | | 1 | 2 | [][] | |
| 03 | | 1 | 2 | [][] | |
| 04 | | 1 | 2 | [][] | |
| 05 | | 1 | 2 | [][] | |
| 06 | | 1 | 2 | [][] | |
| 07 | | 1 | 2 | [][] | |
| 08 | | 1 | 2 | [][] | |
| 09 | | 1 | 2 | [][] | |
| 10 | | 1 | 2 | [][] | |
| 11 | | 1 | 2 | [][] | |
| 12 | | 1 | 2 | [][] | |

PARA TODAS LAS PERSONAS

| | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO | CONDICIÓN DE RESIDENCIA | SEGURO MÉDICO | VERIFICACIÓN DE SEGURO MÉDICO |
|--|--|--|---|---|--|
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 2.06 ¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? NO SABE DÍA 99 NO SABE MES 99 NO SABE AÑO 9999 | 2.07 ¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar? Jefe(a).....01 Espos(a) o compañero(a).....02 Hijo(a).....03 Padre o Madre.....04 Abuelo(a).....05 Hermano(a).....06 Cuñado(a).....07 Yerno(a).....08 Nieto(a).....09 Sobrino(a).....10 Primo(a).....11 Suegro(a).....12 Tío(a).....13 Hijo(a) adoptivo(a)...14 Padrastro o madrastra.....15 Hijastro(a) o entenado(a).....16 Bisnieto(a).....17 Abuelo político.....18 Otro parentesco.....19 Sirviente.....20 No sabe.....88 No responde.....99 | 2.07a ¿(NOMBRE)... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LEA TODAS LAS OPCIONES</div> vive en otro lugar, por que está estudiando, trabajando o por otras razones?.....1 vive temporalmente aquí por que no tiene otro lugar donde vivir?.....2 vive aquí, aunque por ahora está en otro lugar?.....3 vive normalmente aquí?.....4 No responde.....9 | 2.08 ¿Está (NOMBRE) afiliado o inscrito a algún seguro médico? Sí... ¿En qué institución o programa? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LEA TODAS LAS OPCIONES</div> IMSS01 SEGURO POPULAR (SSA)02 ISSSTE ESTATAL03 ISSSTE04 MARINA/DEFENSA05 PEMEX06 PARTICULAR07 OTRA INSTITUCIÓN77 Especifique No11 No responde.....88 No sabe99 | 2.09 Actualmente, ¿por algún familiar o pariente (NOMBRE) recibe servicios médicos o alguna pensión en el... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LEA TODAS LAS OPCIONES</div> IMSS?01 SEGURO POPULAR(SSA)?02 ISSSTE ESTATAL?03 ISSSTE?04 MARINA/DEFENSA? ...05 PEMEX?06 PARTICULAR?07 OTRA INSTITUCIÓN77 Especifique No11 No responde.....88 No sabe99 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Filtro pregunta 2.08 códigos 11,88,99 pregunta 2.09 códigos 11,88,99 PASE A 2.11</div> |

| | | | AÑO | CÓDIGO | CÓDIGO | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | ESPECIFIQUÉ | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 |
|----|---------|---------|-----------------|-----------------------|--------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|
| 01 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | Jefe o Jefa [0 1] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 02 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 03 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 04 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 05 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 06 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 07 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 08 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 09 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 10 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 11 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |
| 12 | [] [] | [] [] | [] [] [] [] | [] [] | [] | [] [] | [] [] | | [] [] | [] [] | [] [] |

| SÓLO PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS | | | | PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS | |
|--|--|--|--|---|---------------|
| | | ASISTENCIA | ESCOLARIDAD | ESTADO CONYUGAL | |
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 2.15a ¿Alguna vez (NOMBRE) ha ido a la escuela? | 2.15 ¿(NOMBRE) actualmente va a la escuela? | 2.16 ¿Cuál es el último año y grado que pasó (aprobó) en la escuela? | 2.17 ¿Actualmente (NOMBRE) ... | |
| | Sí..... 1 No.....2 No responde..9 | Sí.....1 No..... 2 No sabe9 No responde.....8 | <p style="text-align: center;">GRADO AÑO</p> Ninguno..... 00..... 0 Preescolar o Kinder.... 01 Primaria..... 02 Secundaria..... 03 Secundaria técnica.... 04 Carrera técnica o comercial (después de secundaria)..... 05 Normal básica.....06 Preparatoria o vocacional.....07 Bachillerato técnico.....08 Carrera técnica o comercial (después de preparatoria).....09 Normal superior.....10 Licenciatura..... 11 Maestría.....12 Doctorado.....13 No responde..... 99 No sabe..... 88 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA </div> <p>vive con su pareja en unión libre?.....1 es casado(a)?.....2 es separado(a)?.....3 es divorciado(a)?.....4 es viudo(a)?.....5 es soltero(a)?.....6 No responde.....8 No sabe9</p> | |
| | CÓDIGO | CÓDIGO | AÑO | GRADO | CÓDIGO |
| 01 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 02 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 03 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 04 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 05 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 06 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 07 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 08 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 09 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 10 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 11 | [] | [] | [] | [] | [] |
| 12 | [] | [] | [] | [] | [] |

DE 5 A 11 AÑOS PASE A 2.23
DE 12 AÑOS O MÁS

PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

| | CONDICIÓN DE ACTIVIDAD | VERIFICACIÓN DE ACTIVIDAD | INGRESO(S) POR TRABAJO(S) | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| N Ú M E R O | 2.18 ¿La semana pasada (NOMBRE) ... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> trabajó?..... 01 tenía trabajo, pero no trabajó?..... 02 buscó trabajo?..... 03 es estudiante?..... 04 se dedica a los quehaceres del hogar?.....05 es jubilado (a) o pensionado?.....06 está incapacitado (a) permanentemente para trabajar?... 07 no trabaja?..... 08 trabajó ayudando en el negocio, predio o rancho de la familia sin recibir pago?.....09 No responde.....88 No sabe.....99 | 2.19 Además de (CONDICIÓN de 2.18) ¿la semana pasada (NOMBRE) ... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div> ayudó en un negocio familiar? 1 vendió o ayudó a vender algún producto (ropa, alimentos)? 2 hizo o ayudó a hacer algún producto para vender (comida, artesanías)?..... 3 ayudó trabajando en el campo o en la cría de animales?..... 4 a cambio de un pago realizó otro tipo de actividad (lavar, planchar, cuidar coches)?..... 5 cuidó enfermos o discapacitados?.....6 no trabaja? 7 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">PASE A 2.22</div> | 2.20 En total, ¿cuánto gana o recibe (NOMBRE) por su(s) trabajo(s) o actividad(es)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">ANOTE LA CANTIDAD Y PREGUNTE</div> ¿Cada cuándo recibe esa cantidad? PERIODO Al mes..... 1 Cada 15 días 2 A la semana 3 Diario 4 Otro..... 7 No recibe ingresos.....0 No responde.....8 No sabe.....9 | |
| | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">PASE A 2.20</div> | |
| D E | | | | |
| R E G I S T R O | | | | |

| | CÓDIGO 2 | CÓDIGO | CANTIDAD | PERIODO |
|----|----------|--------|--------------|---------|
| 01 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 02 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 03 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 04 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 05 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 06 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 07 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 08 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 09 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 10 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 11 | [][] | [] | [][][][] | [] |
| 12 | [][] | [] | [][][][] | [] |

| PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS | | | | | | PARA TODAS LAS PERSONAS | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|--|---------------------|-------------------------|--|
| INGRESOS POR PRESTACIONES SOCIALES | | | OTROS INGRESOS | | | ESTADO DE SALUD | |
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 2.21 <i>En el último año</i> , ¿cuánto recibió en total (NOMBRE) por ... | | | 2.22 En total, ¿cuánto dinero recibió (NOMBRE) <i>en el último mes</i> por ... | | | 2.23 En general ¿como calificaría (USTED/NOMBRE) su estado de salud hoy? |
| | LEA TODAS LAS OPCIONES | | | LEA TODAS LAS OPCIONES | | | |
| | aguinaldo? reparto de utilidades? ahorro para el retiro? fondo de ahorro para la vivienda? indemnización por suspensión de actividades? jubilaciones y/o pensiones? indemnización por accidente? por cobro de algún seguro de vida? | | | indemnizaciones? regalos y donativos originados dentro del país? ingresos provenientes de otros países? renta (casas, terrenos, locales), intereses bancarios, préstamos a terceros? venta de algún bien? algún otro ingreso no mencionado anteriormente? | | | Muy bueno?.....1 Bueno?.....2 Regular?.....3 Malo?.....4 Muy malo?.....5 No responde.....8 No sabe.....9 |
| | SI RECIBE MÁS DE UN INGRESO, SÚMELOS | | | SI RECIBIÓ MÁS DE UN INGRESO, SÚMELOS | | | |
| | CÓDIGO | NO SABE | CANTIDAD | NO RECIBE | NO SABE | CANTIDAD | CÓDIGO |
| | 01 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 02 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 03 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 04 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 05 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 06 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| | 07 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] |
| 08 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] | |
| 09 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] | |
| 10 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] | |
| 11 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] | |
| 12 | [] | 9 [] [] [] [] [] | 0 | 9 | [] [] [] [] [] | [] | |

SECCIÓN 4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <p>4.01 PROPIEDAD DE LA VIVIENDA</p> <p>¿Esta vivienda es ...</p> <p>LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> | <p>propia y totalmente pagada?1 propia y la están pagando?2 rentada o alquilada?.....3 recibida como prestación?.....4 regalada o donada?.....5 prestada?.....6 No responde.....8 No sabe9</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.02 PISO</p> <p>¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</p> | <p>Tierra1 Cemento o firme 2 Mosaico, madera u otros recubrimientos3</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.03 TECHO</p> <p>¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?</p> | <p>Cartón, hule, tela, llantas01 Lámina de cartón.....02 Palma, tejamanil o madera.....03 Lámina metálica, fibra de vidrio, plástico o mica.....04 Lamina de asbesto.....05 Carrizo, bambú, o terrado.....06 Teja.....07 Losa de concreto o similar08 Tabique, Ladrillo o tabicón.....09 Block..... 10</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.4 PAREDES</p> <p>¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda?</p> | <p>Cemento, ladrillo, piedra o madera.....1 Ladrillo de barro.....2 Paja y similares.....3 Lámina de plástico.....4 Hoja de metal..... 5 Otro 6 Especifique</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.05 CUARTOS DORMITORIO</p> <p>¿Cuántos cuartos se usan para dormir sin contar pasillos?</p> | <p>[] [] Cuartos dormitorio No responde.....98</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.06 NÚMERO DE CUARTOS</p> <p>Sin contar el baño, la cocina y los pasillos, ¿cuántos cuartos tiene en total esta vivienda?</p> | <p>[] [] Total de cuartos No responde.....98</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.07 LUGAR EN DONDE COCINA</p> <p>¿Dónde acostumbra <u>cocinar</u>?</p> | <p>En una habitación en la que se convive o se duerme.....1 En una habitación independiente utilizada como cocina.....2 En una construcción independiente utilizada como cocina.....3 Al aire libre..... 4</p> | <p>[]</p> |
| <p>4.08 PRINCIPAL FUENTE DE AGUA</p> <p>¿Cuál es la <u>principal fuente de agua</u> para los miembros del hogar?</p> | <p>Agua entubada con una conexión en la casa o el jardín.....1 Caño vertical público.....2 Pozo protegido o agujero perforado en el suelo.....3 Pozo subterráneo protegido o fuente protegida.....4 Pozo subterráneo sin protección o fuente sin protección.....5 Agua de lluvia (en depósito o cisterna).....6 Agua recogida directamente de una charca o arroyo.....7 Agua de pipa.....8</p> | <p>PASE A 4.10</p> <p>[]</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 4.09 AGUA ENTUBADA AL INTERIOR ¿Llega el agua entubada al interior de la vivienda? | Sí.....1 No.....2 | [] |
| 4.10 TRATAMIENTO DE AGUA ¿Qué tratamiento le hacen al agua que usan para beber? CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS | La usan tal y como la obtienen1 La hierven.....2 Le echan cloro3 Utilizan filtro.....4 Compran agua embotellada o en garrafones5 Le agregan plata coloidal6 Usan otro desinfectante7 No sabe.....8 | [] |
| 4.11 ¿Dispone de al menos 20 litros de agua por persona para beber, cocinar, higiene personal, etc.? | Sí.....1 No.....2 | [] |
| 4.12 ¿Qué tipo de sanitarios tiene su hogar? | Desagüe al sistema de alcantarillado.....1 Desagüe a fosa séptica.....2 Letrina con desagüe.....3 Letrina seca cubierta (con intimidad).....4 Letrina seca descubierta (sin intimidad).....5 Letrina de cubo (los excrementos se retiran manualmente).....6 No hay sanitarios (Defecan al aire libre).....7 Otro.....8 Especifique | [] PASE A 4.14 PASE A 4.16 |
| CONEXIÓN DE AGUA 4.13 ¿Tiene su baño conexión de agua? | Sí.....1 No.....2 | [] PASE A 4.15 |
| 4.14 ¿El (SERVICIO SANITARIO) es para uso exclusivo de los integrantes de este hogar? | Sí.....1 No.....2 | [] |
| 4.15 DRENAJE ¿Esta vivienda tiene drenaje ... | Sí Está conectado a la calle?.....1 Está conectado a una fosa séptica?.....2 Está conectado a un río, lago o barranca?.....3 No.....4 | [] |
| 4.16 ENERGÍA ELÉCTRICA ¿Cuenta su vivienda con <u>electricidad</u> ? | Sí.....1 No.....2 | [] |
| 4.17 COMBUSTIBLE PARA COCINAR ¿Qué tipo de <u>combustible</u> suelen utilizar para cocinar? | Gas.....01 Electricidad.....02 Queroseno.....03 Carbón.....04 Carbón vegetal.....05 Madera.....06 Residuos agrícolas o de cultivos.....07 Estiércol animal.....08 Matojos o hierba.....09 Otro.....10 Especifique | [] [] |
| 4.18 TIPO DE ESTUFA ¿Qué tipo de estufa se utiliza en su casa para cocinar? | Fuego abierto u horno sin chimenea ni campana.....1 Fuego abierto u horno con chimenea o campana.....2 Horno cerrado con chimenea.....3 Estufa de gas.....4 Otro.....5 Especifique | [] |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 4.19 CALEFACCIÓN Cuando hace frío ¿Utiliza algún sistema de calefacción? | Sí.....1 No.....2 | [] PASE A 4.22 |
| 4.20 COMBUSTIBLE PARA LA CALEFACCIÓN ¿Qué tipo de energía se acostumbra utilizar para la calefacción de su hogar? | Gas.....01 Electricidad.....02 Queroseno.....03 Carbón.....04 Carbón vegetal.....05 Madera.....06 Residuos agrícolas o de cultivos.....07 Estiércol animal.....08 Matojos o hierba.....09 Otro.....10 Especificar | [] |
| 4.21 TIPO DE CALEFACCIÓN ¿Qué tipo de calefacción se utiliza en su casa para calentarse? | Aparato de calefacción.....1 Calentón.....2 Brasero.....3 Resistencia.....4 Otro.....5 Especificar | [] |
| 4.22 AIRE ACONDICIONADO Cuando hace calor, ¿acostumbran utilizar aire acondicionado para bajar la temperatura en su hogar? | Sí.....1 No.....2 | [] PASE A 4.24 |
| 4.23 TIPO DE COMBUSTIBLE ¿El aire acondicionado funciona con ... | gas?.....1 electricidad?.....2 | [] |
| 4.24 ANIMALES DOMÉSTICOS ¿En esta vivienda conviven con ... | aves (pericos, canarios, pichones)?.....1 perros?2 gatos?.....3 | [] [] [] |

SECCIÓN 5. ACTIVOS DEL HOGAR

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los bienes que son propiedad de usted o de alguno de los miembros del hogar.

| POSESIÓN DE ACTIVOS | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|----|----|----|----|---------|--|--|--|----|----|----|----|
| 5.01 ¿Podría decirme si en este hogar cuentan con ... | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; background-color: #cccccc; padding: 5px; font-weight: bold;">LEA TODAS LAS OPCIONES</div> <div style="text-align: right;"> <p>Sí..... 1</p> <p>No.....2</p> <p>No responde8</p> <p>No sabe9</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVOS | | | | Sí | No | NR | NS | ACTIVOS | | | | Sí | No | NR | NS |
| BIENES DEL HOGAR | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | casa propia ocupada por este hogar? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 13 | refrigerador? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 02 | otra casa, construcción, inmueble o terreno? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 14 | estufa de gas? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 03 | automóvil propio? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 15 | estufa de otro combustible o parrilla eléctrica? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 04 | camioneta propia? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 16 | lavadora automática para ropa ? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 05 | vehículos como: motocicletas, motonetas o bicicleta . | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 17 | calentador de gas para agua (boiler)? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 06 | otros vehículos como: lanchas, trajineras, canoas, etcétera | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 18 | computadora? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 07 | televisión blanco y negro? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 19 | horno de microondas? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 08 | televisor a color? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 20 | teléfono? | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 09 | antena parabólica | | | | | | | 21 | otro bien que en el hogar considere importante? _____ Especifique | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 10 | radio? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 22 | Licuadora | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 11 | Modulares o consola? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 23 | Videocassetera | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 12 | otros aparatos electrónicos (plancha o batidora, etc.)? | | | 1 | 2 | 8 | 9 | 24 | Ventilador o abanico eléctrico | | | 1 | 2 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | 25 | Tractor | | | 1 | 2 | 8 | 9 |

SECCIÓN 6. SITUACIÓN DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

| PARA TODAS LAS PERSONAS | | | | | |
|--|--|--|--------|--|--------|
| | MORBILIDAD | PROBLEMAS DE SALUD | | PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA | |
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | <p>6.01 <u>En las últimas dos semanas</u> ¿(NOMBRE) ha tenido algún problema de salud, por enfermedad, lesiones físicas por accidente o agresiones?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe.....9</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 6.07</p> </div> | <p>6.02 ¿Podría decirme cuál fue el último problema de salud que tuvo (NOMBRE) <u>en las últimas dos semanas</u>?</p> <p>Infecciones respiratorias.....01</p> <p>Neumonía o Bronconeumonía.....02</p> <p>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema).....03</p> <p>Cáncer o tumores malignos.....04</p> <p>Tos, catarro, dolor de garganta.....05</p> <p>Tuberculosis.....06</p> <p>Enfermedades del corazón.....07</p> <p>Fiebre reumática.....08</p> <p>Infección de oído.....09</p> <p>Conjuntivitis.....10</p> <p>Asma.....11</p> <p>Diarrea.....12</p> <p>Enfermedades renales.....13</p> <p>Infección de vías urinarias.....14</p> <p>Gastritis o úlcera gástrica.....15</p> <p>Colitis.....16</p> <p>Parasitosis intestinal.....17</p> <p>Obesidad.....18</p> <p>Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación.....19</p> <p>Fiebre sin otra manifestación.....20</p> <p>Enfermedad exantemática (varicela, rubéola escarlatina).....21</p> <p>Hepatitis.....22</p> <p>Infección de transmisión sexual.....23</p> <p>VIH/SIDA.....24</p> <p>Diabetes.....25</p> <p>Hipertensión arterial.....26</p> <p>Embolia o derrame cerebral.....27</p> <p>Artritis.....28</p> <p>Alergias.....29</p> <p>Problemas de la piel.....30</p> <p>Enfermedad buco dental.....31</p> <p>Paludismo.....32</p> <p>Dengue.....33</p> <p>Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña.....34</p> <p>Alcoholismo.....35</p> <p>Tabaquismo.....36</p> <p>Padecimientos generados por consumo de drogas.....37</p> <p>Lesión física por accidente.....38</p> <p>Lesión física por agresión.....39</p> <p>Pérdida de la memoria.....40</p> <p>Estrés.....41</p> <p>Depresión.....42</p> <p>Susto, empacho, mal de ojo o aire.....43</p> <p>Otro problema.....77</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> | | <p>6.03 En el momento en que (NOMBRE) presentó ese problema de salud, ¿pensó usted que era ...</p> <p>muy leve?.....1</p> <p>leve?.....2</p> <p>moderado?.....3</p> <p>grave?.....4</p> <p>muy grave?.....5</p> <p>No responde.....8</p> <p>No sabe.....9</p> | |
| | | CÓDIGO | CÓDIGO | ESPECIFIQUÉ | CÓDIGO |
| | 01 | [] | [] | | [] |
| | 02 | [] | [] | | [] |
| | 03 | [] | [] | | [] |
| | 04 | [] | [] | | [] |
| | 05 | [] | [] | | [] |
| | 06 | [] | [] | | [] |
| | 07 | [] | [] | | [] |
| | 08 | [] | [] | | [] |
| | 09 | [] | [] | | [] |
| | 10 | [] | [] | | [] |
| 11 | [] | [] | | [] | |
| 12 | [] | [] | | [] | |

PARA TODAS LAS PERSONAS

| | TIPO DE RECURSOS HUMANOS | MOTIVO DE NO ATENCIÓN | INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN |
|--|--|---|--|
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 6.04 ¿Quién atendió a (NOMBRE) ? Familiar.....01 Amigo(a)/vecino(a).....02 Farmacéutico.....03 Curandero.....04 Partera.....05 Yerbero.....06 Homeópata.....08 Naturista.....09 Acupunturista.....10 Encargado de la comunidad/promotor /auxiliar de salud.....07 Médico.....11 Dentista.....12 Enfermera.....13 Otro _____ 77 Especifique _____ Nadie.....20 No responde.....88 No sabe.....99 | 6.05 ¿Por qué no se atendió (NOMBRE) con un médico, enfermera o algún otro personal de salud? No fue necesario.....01 No hay dónde atenderse.....02 Es caro.....03 No tenía dinero.....04 Está muy lejos.....05 Falta de confianza.....06 Tratan mal.....07 No tuvo tiempo08 Fue pero no lo atendieron.....09 Otro _____ 77 Especifique _____ No responde.....88 No sabe.....99 | 6.06 ¿En qué institución de salud se atendió (NOMBRE)? IMSS OPORTUNIDADES.....01 IMSS02 SSA03 Seguro Popular (SSA).....04 DIF05 ISSSTE ESTATAL.....06 ISSSTE07 MARINA/DEFENSA.....08 PEMEX09 PARTICULAR10 CRUZ ROJA11 HOSPITAL CIVIL12 INSTITUTOS NACIONALES.....13 OTRA INSTITUCIÓN _____ 77 Especifique _____ NO RESPONDE.....88 NO SABE99 |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> P A S E A 6.07 </div> | | |

| | CÓDIGO | ESPECIFIQUÉ | CÓDIGO | ESPECIFIQUÉ | CÓDIGO | ESPECIFIQUE |
|----|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|
| 01 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 02 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 03 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 04 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 05 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 06 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 07 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 08 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 09 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 10 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 11 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |
| 12 | [] [] | | [] [] | | [] [] | |

PARA TODAS LAS PERSONAS

| | TIPO DE DISCAPACIDAD | UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS |
|--|--|--|
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | <p>6.07 ¿(NOMBRE) tiene limitación o dificultad permanente para ...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p align="center">LEA TODAS LAS OPCIONES Y ESCRIBA LOS CÓDIGOS DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS</p> </div> <p> moverse, caminar o lo hace con ayuda?.....01 usar sus manos o brazos?.....02 es sordo(a) o usa un aparato para oír?.....03 es mudo(a)?.....04 es ciego o sólo ve sombras?.....05 tiene algún retraso o deficiencia mental?06 tiene otra limitación?.....77 </p> <p> Entonces, no tiene limitación física o mental10 No responde.....88 No sabe99 </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p align="center">REGISTRE HASTA 3 OPCIONES</p> </div> | <p>6.08 En las <u>últimas dos semanas</u> [USTED/NOMBRE] ¿buscó o recibió atención médica (ambulatoria), ya sea por prevención, enfermedad, lesión o accidente?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p align="center">NO INCLUYA HOSPITALIZACIÓN</p> </div> <p> Sí1 No.....2 No responde..... 8 No sabe..... . 9 </p> |

| | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | CÓDIGO |
|----|----------|----------|----------|---------|
| 01 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 02 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 03 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 04 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 05 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 06 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 07 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 08 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 09 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 10 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 11 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| 12 | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |

PARA TODAS LAS PERSONAS

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| ENFERMEDADES CRÓNICAS | DONADORES DE SANGRE |
|------------------------------|----------------------------|

N
Ú
M
E
R
O

D
E
R
E
G
I
S
T
R
O

6.09 Además del problema de salud que comentó, ¿durante el último año algún médico le diagnosticó a usted o alguna persona del hogar ...

LEA TODAS LAS OPCIONES

Quando la respuesta sea Sí pregunte ¿A quién?

TRANSCRIBA EL CÓDIGO DE LA RESPUESTA EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDE PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS

- asma?.....01
- tuberculosis?.....02
- presión alta (hipertensión)?.....03
- diabetes (azúcar alta en la sangre)?.....04
- artritis?.....05
- artrosis?.....06
- enfermedad del corazón.....07
- fiebre reumática?.....08
- enfermedad renal?.....09
- derrame cerebral (sangrado cerebral)?.....10
- depresión o ansiedad?.....11
- gastritis o úlcera gástrica?.....12
- colitis?.....13
- tumores, cáncer?.....14
- SIDA?.....15
- Otra enfermedad con duración mayor a 3 meses.....77
- Especifique
- No.....20
- No responde.....88
- No sabe.....99

**ANOTE
HASTA
TRES
OPCIONES**

6.10 Durante el último año ¿Ha donado sangre?

Si...

¿Por que motivo?

- Participación en una campaña.....1
- Para apoyar a algún familiar que la requirió por estar enfermo.....2
- Para obtener recursos económicos.....3
- Otro.....7
- Especifique
- No.....4
- No responde.....8
- No sabe.....9

| | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | CÓDIGO |
|----|----------|----------|----------|--------|
| 01 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 02 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 03 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 04 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 05 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 06 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 07 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 08 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 09 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 10 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 11 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
| 12 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

| PARA TODAS LAS PERSONAS | | PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO | | | | |
|--|--|---|---------------|--|---|--------------|
| HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO | | MOTIVO DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN | | INSTITUCIÓN | NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES | |
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | <p>6.11 Durante este último año, ¿alguna persona de este hogar estuvo hospitalizado o internado?</p> <p>Sí.....1</p> <p>¿Quién?</p> <p>No.....2</p> <p>No responde....8</p> <p>No sabe.....9</p> <p style="text-align: center;">←</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> PASE A 7.01 </div> | <p>Ahora le preguntaré por la última vez que estuvo hospitalizado (USTED/NOMBRE),</p> <p>6.12 ¿Por qué motivo fue hospitalizado (NOMBRE)?</p> <p>Cirugía.....01</p> <p>Enfermedad.....02</p> <p>Lesiones físicas por accidente.....03</p> <p>Lesiones físicas por agresiones.....04</p> <p>Parto.....05</p> <p>Cesárea.....06</p> <p>Problemas por el embarazo y puerperio.....07</p> <p>Examen/chequeo.....08</p> <p>Otro.....77</p> <p style="padding-left: 40px;">Especifique</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> | | <p>6.13 El hospital donde estuvo internado (NOMBRE), ¿a qué institución pertenece?</p> <p>IMSS OPORTUNIDADES.....01</p> <p>IMSS.....02</p> <p>SSA.....03</p> <p>SEGURO POPULAR (SSA).....04</p> <p>DIF.....05</p> <p>ISSSTE ESTATAL.....06</p> <p>ISSSTE.....07</p> <p>MARINA/DEFENSA.....18</p> <p>PEMEX.....09</p> <p>PARTICULAR.....10</p> <p>CRUZ ROJA.....11</p> <p>HOSPITAL CIVIL.....12</p> <p>INSTITUTOS NACIONALES.....13</p> <p>OTRA INSTITUCIÓN.....77</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe.....99</p> | <p>6.14 En total, ¿cuántas veces estuvo hospitalizado (NOMBRE) en el último año?</p> <p>7 y más..... 07</p> <p>No responde.....88</p> <p>No sabe..... 99</p> | |
| | | CÓDIGO | CÓDIGO | ESPECIFIQUE | CÓDIGO | VECES |
| | 01 | [] | [] | | [] | [] |
| | 02 | [] | [] | | [] | [] |
| | 03 | [] | [] | | [] | [] |
| | 04 | [] | [] | | [] | [] |
| | 05 | [] | [] | | [] | [] |
| | 06 | [] | [] | | [] | [] |
| | 07 | [] | [] | | [] | [] |
| | 08 | [] | [] | | [] | [] |
| | 09 | [] | [] | | [] | [] |
| | 10 | [] | [] | | [] | [] |
| 11 | [] | [] | | [] | [] | |
| 12 | [] | [] | | [] | [] | |

PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO

| | DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN | TRANSFUSIONES | SATISFACCIÓN POR ATENCIÓN | MOTIVO DE LA INSATISFACCIÓN | |
|--|---|--|--|---|---------------|
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 6.15 En total, ¿cuántos días estuvo (lleva) internado (NOMBRE) <u>en el último año?</u> No responde....888 No sabe.....999 | 6.16 La última vez que estuvo hospitalizado (a) (USTED/NOMBRE) requirió de alguna transfusión de sangre? Si... ¿Cómo la consiguió?... Por donación de un familiar.....1 La proporcionó la unidad médica.....2 La compró con algún donante.....3 Otra.....7 Especifique No.....4 No responde.....8 No sabe.....9 | 6.17 Si [USTED/NOMBRE] tuvieron la oportunidad de escoger ¿regresaría a ese mismo lugar para la hospitalización? Sí.....1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;"> PASE A 6.19 </div> No.....2 No responde...8 No sabe.....9 | 6. 18 ¿Por qué no regresaría? Lo trataron mal.....01 No estuvo de acuerdo con el diagnóstico02 No estuvo de acuerdo con el tratamiento.....03 No mejoró.....04 Era caro el servicio.....05 Estaba lejos de su casa.....06 No había medicamentos.....07 No había materiales.....08 No dejaron entrar a sus familiares.....09 Otro77 Especifique No responde88 No sabe.....99 | |
| | | NÚMERO DE DÍAS | CÓDIGO | CÓDIGO | CÓDIGO |
| 01 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 02 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 03 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 04 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 05 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 06 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 07 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 08 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 09 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 10 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 11 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |
| 12 | [][][][] | [] | [] | [][][] | |

PARA TODOS LOS HOSPITALIZADOS EN EL ÚLTIMO AÑO

| | CALIDAD DE LA ATENCIÓN | MOTIVOS BUENA CALIDAD | MOTIVOS MALA CALIDAD |
|--|--|---|---|
| N Ú M E R O D E R E G I S T R O | 6.19 ¿En general la calidad de la atención que recibió fue... | 6.20 ¿Por qué le pareció (MUY BUENA O BUENA) la atención que recibió? | 6.21 ¿Por qué le pareció (REGULAR, MALA O MUY MALA) la atención que recibió? |
| | muy buena?.....1 | Es barato.....01 | Es caro el servicio.....01 |
| | buena?.....2 | El personal está bien preparado.....02 | El personal no tiene experiencia.....02 |
| | regular?.....3 | El personal tiene experiencia03 | Lo trataron mal.....03 |
| | mala?.....4 | Lo trataron bien.....04 | El material/medicinas o equipo es insuficiente o de mala calidad.....04 |
| | muy mala?.....5 | Medicamento, material y equipo es suficiente/limpio o de buena calidad.....05 | La operación o tratamiento fue malo.....05 |
| | | La operación o tratamiento estuvo bien.....06 | Malos resultados en su salud/no se curó/no mejoró/ no se alivió.....06 |
| | | Buenos resultados en su salud/ se curó/Se mejoró.....07 | No lo atendieron como esperaba.....07 |
| | No responde.....8 | Otro..... 77 | Otro..... 77 |
| | No sabe.....9 | Especifique | Especifique |
| | | No responde.....88 | No responde.....88 |
| | | No sabe.....99 | No sabe.....99 |
| | PASE A 7.01 | PASE A 7.01 | |
| | ANOTE HASTA DOS OPCIONES | ANOTE HASTA DOS OPCIONES | |

| | CÓDIGO | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | ESPECIFIQUE | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | ESPECIFIQUE |
|----|--------|----------|----------|-------------|----------|----------|-------------|
| 01 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 02 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 03 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 04 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 05 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 06 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 07 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 08 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 09 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 10 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 11 | [] | [] | [] | | [] | [] | |
| 12 | [] | [] | [] | | [] | [] | |

SECCIÓN 7. GASTOS EN EL HOGAR

Ahora quisiera preguntar algunos datos en relación sobre cuánto se gasta en el hogar en servicios médicos y en otras cosas. Para todas las respuestas de esta sección registre los gastos en moneda nacional, independientemente si el pago fue en efectivo, en especie o a crédito.

| Durante la semana pasada, ¿cuánto se gastó aproximadamente en el hogar: | | |
|---|--|-----------------|
| 7.1 en transporte público, como metro, autobús, taxi, etcétera? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| En el último mes ¿cuánto se gastó en el hogar ... | | |
| 7.2 en total? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.03 en alimentos sin considerar las bebidas alcohólicas ni cigarros? (Incluya el valor de los alimentos producidos y consumidos en el hogar y comidas preparadas en casa y llevadas a la oficina para su consumo.) | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| No incluya las comidas en restaurantes | | |
| 7.04 en comidas en restaurantes? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.05 en bebidas alcohólicas? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.06 en tabaco (cigarros, cigarrillos con filtro, puros, etcétera)? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.07 en productos de limpieza para la vivienda y de higiene personal, como detergentes, jabones, shampoo, insecticidas, etcétera? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.08 en renta, gas, electricidad, agua y pagos de hipoteca? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.09 en educación, como guardería, colegiaturas, útiles escolares, etcétera? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.10 en traslados (transporte) relacionados con la búsqueda de cuidados o servicios de salud? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.11 en gastos para el cuidado de la salud, excluyendo gastos de traslado relacionados con la búsqueda de cuidados o servicios de salud y reembolsos (devolución) de los seguros médicos? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.12 en gastos en vehículos, como gasolina, diesel, reparaciones mecánicas, estacionamiento, lavados de automóvil, etcétera? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.13 en entretenimientos y recreación, como periódicos, cine, teatro, renta de videos, TV por cable, etcétera? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |
| 7.14 en comunicación (teléfono, celular, Internet, fax, etcétera)? | Monto No sabe 8888 No responde9999 | [] |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| 7.30 en viajes (transporte aéreo y terrestre, alojamiento, comida, viajes al extranjero, etcétera?) | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.31 en compra de vehículos, como automóviles, camionetas, motocicletas, bicicletas, etcétera? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.32 en otros gastos no mencionados? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| En los últimos 12 meses, ¿cuál de los siguientes recursos financieros utilizó el hogar para pagar los gastos en salud? | | |
| 7.33 ¿Utilizó ingresos de los miembros del hogar para pagar los gastos en salud del hogar? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] PASE A 7.35 |
| 7.34 ¿Qué cantidad de ingreso utilizó para pagar los gastos de salud de los últimos 12 meses? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.35 ¿Utilizó ahorros (por ejemplo una cuenta bancaria) para pagar los gastos en salud del hogar? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] PASE A 7.37 |
| 7.36 ¿Qué cantidad de ahorros utilizó para pagar los gastos de salud de los últimos 12 meses? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.37 ¿Vendió objetos (por ejemplo muebles, animales, joyas, etc.) para pagar los gastos en salud del hogar? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] PASE A 7.39 |
| 7.38 ¿Cuánto dinero obtuvo de la venta de objetos para pagar los gastos de salud de los últimos 12 meses? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.39 ¿Utilizó préstamos o envíos de familiares, amigos u otras personas fuera del hogar para pagar los gastos en salud del hogar? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] PASE A 7.41 |
| 7.40 ¿Cuánto pidió prestado para pagar los gastos de salud de los últimos 12 meses? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.41 ¿Utilizó otras fuentes que no le haya mencionado? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] PASE A 7.44 |
| 7.42 ¿Usted o alguno de sus familiares ha dejado de percibir ingresos durante un periodo de enfermedad? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] |
| 7.43 ¿A que cantidad de dinero ha tenido que renunciar debido a esta enfermedad? | Monto [] [] [] [] [] [] No sabe 88888 No responde 99999 | [] [] [] [] [] [] |
| 7.44 ¿Algún profesional de salud de una institución pública (doctor, enfermera, dentista, especialista, alguien de la farmacia, etc.) le ha pedido a usted o a algún miembro de su familia un pago informal (diferente a la cuota de recuperación) en los últimos 12 meses? | Si 1 No 2 No sabe 8 No responde 9 | [] [] |

SECCIÓN 8. DIFUSIÓN, ACEPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL SEGURO POPULAR

Ahora le realizaré algunas preguntas sobre el Seguro Popular

FILTRO: Entrevistador conteste el siguiente filtro v siga las indicaciones

| | |
|--|---|
| Alguna persona del hogar está actualmente inscrita al Seguro Popular de Salud? (verifique en pregunta 2.08) | |
| CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE | Sí pregunta 2.08 <u>igual</u> a código 02 → Pase a 8.2 Sí pregunta 2.08 es <u>diferente</u> a código 02 → Continúe |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| 8.01 ¿Ha escuchado hablar del Seguro Popular? | Sí 1 No 2 | PASE A 8.3 [] |
| 8.02 ¿Cómo se enteró del Seguro Popular? | Radio01 Televisión02 Periódico03 Folletos, carteles, etc.04 Le informó un personal de salud en una unidad médica.....05 Le informó un familiar, una amistad, un vecino..... 06 Reuniones de información en su localidad (Comunitaria, Procampo, Oportunidades, Ejidal)..... 07 Vocearon08 Fue informado en su hogar a través de las brigadas de salud..... 09 Otro77 | [] [] |
| 8.03 ¿Alguna de las personas que componen su hogar ha estado inscrita en el Seguro Popular de Salud? | Sí 1 No 2 | PASE A 8.30 [] |
| 8.04 ¿En qué fecha se inscribieron al Seguro Popular? | [] [] Mes [] [] [] [] Año No sabe9 9 9 9 9 9 | [] [] [] [] [] [] |

SOLO HOGARES ACTUALMENTE INSCRITOS O ALGUNA VEZ INSCRITOS AL SEGURO POPULAR

Ahora le preguntare sobre el tipo de información que le proporcionaron cuando se inscribió al Seguro Popular.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|---------|-----|---------|--|-------------------------------|---|---|---|-----|--|---|---|---|-----|-----------------------------------|---|---|---|-----|--|
| 8.05 ¿Le entregaron su ... | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>No sabe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>contrato de inscripción?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>carta de derechos y obligaciones?.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>catálogo de beneficios médicos?..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>[]</td> </tr> </table> | | Sí | No | No sabe | | contrato de inscripción?..... | 1 | 2 | 9 | [] | carta de derechos y obligaciones?..... | 1 | 2 | 9 | [] | catálogo de beneficios médicos?.. | 1 | 2 | 9 | [] | |
| | Sí | No | No sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| contrato de inscripción?..... | 1 | 2 | 9 | [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| carta de derechos y obligaciones?..... | 1 | 2 | 9 | [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| catálogo de beneficios médicos?.. | 1 | 2 | 9 | [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.06 En su opinión, ¿la información que recibió al inscribirse al Seguro Popular le permite conocer sus derechos y obligaciones como afiliados al programa? | Sí 1 No..... 2 | [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.07 ¿Solicitó información sobre los derechos y obligaciones que adquirió al incorporarse al Seguro Popular? | Sí 1 No..... 2 | [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| 8.08 Cuando se inscribió al Seguro Popular ¿le dijeron que podría solicitar citas por anticipado? | Sí 1 No 2 | <input type="checkbox"/> |
| 8.09 En la unidad médica a donde asiste (asistía) a solicitar atención por parte del Seguro Popular ¿puede (podía) solicitar citas con anticipación? | Sí 1 No 2 | <input type="checkbox"/> |
| 8.10 Cuándo se inscribió al Seguro Popular ¿le dijeron que podría elegir al médico de su preferencia? | Sí 1 No 2 | <input type="checkbox"/> |
| 8.11 En la unidad médica en donde se atienden ¿pueden elegir al médico de su preferencia? | Sí 1 No 2 | <input type="checkbox"/> |
| 8.12 En el tiempo que lleva (estuvo) inscrito al Seguro Popular, ¿alguna persona de su hogar necesitó atención médica en días u horarios en que el Centro de Salud no da servicio? | Sí 1 No 2 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.14</div> <input type="checkbox"/> |
| 8.13 La última vez que ocurrió esto, ¿qué hizo para resolver sus necesidades de atención? | Recurrió a un consultorio / hospital privado01 Pospusó su atención para cuando el Centro de Salud estuviera abierto.....02 Se trasladó a un hospital del Seguro Popular.....03 Fue al área de urgencias de otra unidad médica de la Secretaría de Salud04 Compró medicamentos(se autorecetó).....05 Acudió con un curandero06 Fue con un médico tradicional.....07 Se tomó un remedio casero08 No hizo nada, se curó solo09 No hizo nada, todavía esta enfermo..... 10 Otro 77 | <input type="checkbox"/> |

Ahora le realizare algunas preguntas sobre la atención que han solicitado las personas que en su hogar están (estuvieron) inscritas al Seguro Popular

| 8.14 Durante el tiempo que han estado (estuvieron) inscritos al Seguro Popular, ¿alguna de las personas de su hogar solicitó atención médica? | Sí 1 No 2 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.18</div> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|--------------------------------|---|---|--|
| 8.15 La atención que solicitaron durante el tiempo que han estado (estuvieron) inscritos al Seguro Popular ¿fue ... | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>en el servicio de medicina preventiva?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el área de consulta externa en un centro de salud?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en consulta externa en un hospital?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en hospitalización?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el área de urgencias?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | Sí | No | en el servicio de medicina preventiva? | 1 | 2 | en el área de consulta externa en un centro de salud? | 1 | 2 | en consulta externa en un hospital? | 1 | 2 | en hospitalización? | 1 | 2 | en el área de urgencias? | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| en el servicio de medicina preventiva? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| en el área de consulta externa en un centro de salud? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| en consulta externa en un hospital? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| en hospitalización? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| en el área de urgencias? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.15a En la última ocasión que alguna persona de su hogar solicitó atención médica por parte del Seguro Popular, ¿le recetaron medicamentos? | Sí..... 1 No..... 2 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.15e</div> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>8.15b ¿Le dieron todos los medicamentos en el lugar donde lo atendieron?</p> | <p>Todos..... 1</p> <p>Casi todos 2</p> <p>Algunos 3</p> <p>Muy pocos 4</p> <p>Ninguno 5</p> | <p>PASE A 8.15e</p> <p>[]</p> |
| <p>8.15c ¿Por qué motivo no le dieron los medicamentos que le recetaron?</p> | <p>Los medicamentos no están incluidos en el Seguro Popular..... 01</p> <p>El medicamento no se maneja en la institución 02</p> <p>No había en la farmacia del lugar en donde lo atendieron..... 03</p> <p>Se los van a dar en otra farmacia de la misma institución..... 04</p> <p>La atención no incluye los medicamentos..... 05</p> <p>El médico le dijo que los comprara..... 06</p> <p>No los solicitó..... 07</p> <p>Otro _____ 77</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> | <p>[] []</p> |
| <p>8.15d ¿Qué hizo para conseguir los medicamentos?</p> | <p>Regresó otro día por los medicamentos..... 1</p> <p>Tuvo que ir a otro lugar (farmacia) de la misma institución para que se los dieran 2</p> <p>Los compró..... 3</p> <p>Se los regaló un amigo o familiar..... 4</p> <p>No consiguió los medicamentos..... 5</p> <p>No le dieron los medicamentos..... 6</p> <p>Otro 7</p> | <p>[]</p> |
| <p>8.15e ¿La última atención que solicitaron fue ...</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;">LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</p> | <p>en el área de medicina preventiva?..... 1</p> <p>en el área de consulta externa en un centro de salud? 2</p> <p>en consulta externa en un hospital? 3</p> <p>en hospitalización? 4</p> <p>en el área de urgencias? 5</p> | <p>[]</p> |
| <p>8.16 La última vez que usted o alguien de su hogar solicitó atención por parte del Seguro Popular y no la obtuvo ¿cuál fue el motivo principal?</p> | <p>Le dijeron que el seguro no cubría la enfermedad que tenía01</p> <p>Le solicitaron un pase de referencia y no lo pudo conseguir02</p> <p>En el lugar a donde lo enviaron no atendían a las personas que tienen Seguro Popular03</p> <p>La unidad médica estaba cerrada.....04</p> <p>No alcanzó ficha/había mucha gente05</p> <p>Le dijeron que su problema no era urgente...06</p> <p>Le dijeron que tenía que pagar por la atención y los medicamentos07</p> <p>En la unidad médica no tenían el equipo necesario para atender su padecimiento08</p> <p>La unidad a donde la mandaron estaba muy lejos09</p> <p>No había servicio en el horario en que lo necesitaba.10</p> <p>Los trámites eran muy tardados11</p> <p>El tiempo para pasar a consulta era muy largo12</p> <p>El tiempo para ser hospitalizado era muy largo13</p> <p>Otro 77</p> | <p>CONTINÚE</p> <p>[] []</p> <p>PASE A 8.18</p> |

| | | |
|--|--|--|
| 8.17 ¿Me puede decir el nombre de la enfermedad que le dijeron que no podían atender porque no está cubierta por el programa? | <p style="text-align: center;">ESCRIBA TEXTUALMENTE</p> No sabe99 | <p style="text-align: center;">[] []</p> |
| 8.18 Estando inscrito al Seguro Popular, ¿usted o alguien de su hogar necesitó atención con un médico especialista? | Sí 1 No 2 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.22</div> [] |
| 8.19 ¿Solicitó la atención que necesitaba en alguna clínica u hospital del Seguro Popular? | Sí 1 No 2 | <p style="text-align: center;">[]</p> |
| 8.20 ¿Obtuvo la atención que solicitó con el médico especialista? | Sí 1 No 2 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.22</div> [] |
| 8.21 ¿Pagaron por la atención con el especialista? | Sí 1 No 2 | <p style="text-align: center;">[]</p> |
| 8.22 ¿Cuánto pagaron por el Seguro Popular? | <p style="text-align: center;">[] [] [] [] []</p> No paga.....0000 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.24</div> |
| 8.23 ¿Cada cuándo paga (pagaron) esa cantidad? | Mensual 1 Cada 2 meses 2 Cada 3 meses 3 Cada 6 meses 4 Cada año 5 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.25</div> |
| 8.24 ¿Cuál es la razón por la que no paga (pagaron) por el Seguro Popular? | Lo paga el gobierno..... 1 Lo cubre el programa OPORTUNIDADES 2 Lo cubre el programa PROCAMPO..... 3 Lo cubre el programa REPECOS..... 4 Sólo le dijeron que no iba a pagar..... 5 Lo paga un familiar externo al hogar 6 Otro 7 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A FILTRO ANTES DE 8.27</div> |
| 8.25 ¿El costo del Seguro Popular le parece (pareció) ... | muy caro? 1 caro? 2 está bien? 3 barato? 4 muy barato? 5 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 8.27</div> |
| 8.26 ¿Me puede mencionar la razón por la que le pareció caro el Seguro Popular? | De acuerdo a sus posibilidades es elevado el costo .. 1 No le han dado los medicamentos 2 Los medicamentos no sirven 3 Ha tenido que comprar medicamentos..... 4 Tardan mucho en atender 5 No está abierto cuando se necesita 6 El personal no tiene experiencia 8 Tratan mal, el personal es grosero 9 Otro 7 | <p style="text-align: center;">[]</p> |

FILTRO: ENTREVISTADOR CONTESTE EL SIGUIENTE FILTRO Y SIGA LAS INDICACIONES

| | | |
|---|---------------------------|--------------------|
| Señale la situación actual del hogar con respecto al Seguro Popular (Pregunta 2.08, código 03) | | |
| Actualmente afiliado al Seguro Popular 1 | (Pregunta 8.03, código 1) | Continúe |
| No afiliado al Seguro Popular, pero con antecedente de afiliación 2 | (Pregunta 8.03, código 1) | Pase a 8.28 |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| 8.27 ¿Piensa volver a inscribirse al Seguro Popular cuando termine su periodo de cobertura? | Sí 1 → No 2 | PASE A 8.29 [] |
| 8.28 ¿Porqué motivos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ESCUCHE Y ANOTE HASTA DOS OPCIONES </div> | No le dieron los medicamentos 01 El Seguro no cubre las enfermedades que presentan algunas personas en su hogar 02 Le han negado la atención 03 Le cobraron los medicamentos 04 Tuvo que pagar por análisis y estudios de laboratorio.... 05 Las clínicas no están bien equipadas..... 06 Tardan mucho en programar la atención hospitalaria07 Le hacen esperar mucho para pasar a consulta 08 No le gustó como lo trataron 09 Considera que los médicos que trabajan ahí son malos...10 Las clínicas/hospitales están sucios11 Los centros de salud se encuentran lejos de su hogar....12 No hay servicio en el horario que lo necesitan.....13 Porque no se enferma, no lo utiliza 14 Ya no lo necesita, sólo lo contrató porque alguien de su familia necesitaba atención (cirugía, enfermedad, parto, etc) 15 No le informaron bien sobre los servicios que ofrece el Seguro Popular 16 Cobran mucho 17 No le alcanza el dinero 18 El gobierno lo estaba pagando y ya lo dejo de pagar.... 19 No ha tenido tiempo de renovar su inscripción 20 Se le pasó el periodo de inscripciones 21 Ahora ya tiene IMSS, ISSSTE, etc..... 22 En su trabajo le dijeron que le van a dar IMSS, ISSSTE, etc. 23 Otro 77 | [] [] PASE A 8.32 |
| 8.29 ¿Me puede decir el principal motivo por el que se volverá a inscribir al Seguro Popular? | Lo atienden bien01 No tiene que pagar al momento por la atención02 Ahora gastan menos por atender su salud03 Le dan los medicamentos04 El personal está bien preparado05 Las clínicas/hospitales están bien equipados06 Puede atender emergencias07 Una mujer del hogar está embarazada.....08 Alguien en el hogar está enfermo o necesita una cirugía09 Es buena opción para preveer gastos en salud10 La unidad médica está cerca de su casa11 Lo atienden rápido12 Porque no cuentan con otro tipo de seguro médico13 Otro 77 | [] [] PASE A 8.32 |

SÓLO HOGARES NUNCA INSCRITOS AL SEGURO POPULAR

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| 8.30 ¿Le han ofrecido inscribirse al Seguro Popular? | Sí 1 No..... 2 → | [] PASE A 8.32 |
|---|---------------------------|---------------------------|

| | | | |
|--|---|----|---------|
| 8.31 ¿Cuáles fueron las razones por las que no se inscribió al Seguro Popular? | Es derechohabiente (IMSS, ISSSTE, etc)..... | 01 | |
| | No le gusta el trato que se da en las unidades médicas de la Secretaría de Salud | 02 | [] [] |
| | Considera que los médicos que trabajan ahí son malos..... | 03 | |
| | Las clínicas no están bien equipadas y no dan servicio en el horario que lo necesita..... | 04 | |
| | Los centros de salud se encuentran lejos de su hogar | 05 | [] [] |
| | Piensa que no le van a cumplir lo que le ofrecieron o le platicaron que no le conviene..... | 06 | |
| | Cobran mucho, no le alcanza el dinero | 07 | |
| | No le dieron suficiente información | 08 | |
| | Está en trámite/ le faltan documentos..... | 09 | |
| | Otra | 77 | |

PARA TODOS LOS HOGARES

| | | | |
|--|----------------------------|----|---------|
| 8.32 Si los servicios de atención médica fueran gratuitos, ¿en que institución preferiría atenderse? | IMSS | 01 | |
| | SSA..... | 02 | |
| | SEGURO POPULAR (SSA) | 03 | |
| | ISSSTE ESTATAL..... | 04 | |
| | ISSSTE | 05 | [] [] |
| | MARINA/DEFENSA..... | 06 | |
| | PEMEX | 07 | |
| | PARTICULAR | 08 | |
| | OTRA INSTITUCIÓN..... | 77 | |
| | Especifique | | |
| No responde..... | 88 | | |
| No sabe..... | 99 | | |

| | | | |
|--|----------------------------|----|---------|
| 8.33 De acuerdo a la calidad de atención que actualmente otorgan, ¿cómo calificaría a las siguientes instituciones? MUESTRE LA TARJETA Y SOLICITE AL ENTREVISTADO QUE ORDENE EN FORMA DESCENDENTE LAS INSTITUCIONES, ANOTE 08 PARA LA QUE CONSIDERE EL ENTREVISTADO COMO LA MEJOR Y 01 PARA LA QUE CONSIDERE DE MENOR CALIFICACIÓN | IMSS | 01 | [] [] |
| | IMSS Oportunidades..... | 02 | [] [] |
| | ISSSTE ESTATAL..... | 03 | [] [] |
| | ISSSTE | 04 | [] [] |
| | SSA..... | 05 | [] [] |
| | SEGURO POPULAR (SSA) | 06 | [] [] |
| | PEMEX | 07 | [] [] |
| | MARINA/DEFENSA..... | 08 | [] [] |
| | No responde..... | 88 | |
| | No sabe..... | 99 | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 8.34 De acuerdo a su opinión ¿quién es el responsable de la creación del Seguro Popular? | Cámara de Diputados/Senadores | 1 | [] FIN DE LA ENTREVISTA |
| | El Presidente de la República..... | 2 | |
| | Gobernador estatal | 3 | |
| | Secretario de Salud Nacional (federal)..... | 4 | |
| | Secretario de Salud Estatal..... | 5 | |
| | No responde..... | 8 | |
| | No sabe..... | 9 | |

