

**14to. Encuentro del Grupo de Washington sobre
Estadísticas de la Discapacidad**

*“Proyecto de Cuestionario para Prueba Piloto sobre 2ª
Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad”*

**Buenos Aires, Argentina
8, 9 y 10 de Octubre de 2014**

- **Bloque de detección de Personas con Dificultad (aún en trabajo):**
- **- falta definir set de niños con discapacidad**
- **- faltan definir filtros de edad**
- **- falta definir la utilización completa de set largo de WG + otras preguntas solicitadas por organismos o bien un mix**
- **- falta definir el corte en gradientes para PCD o no**

¿Alguna de las personas que mencionó en la lista tiene dificultad para...

1 caminar o subir escalones?

2 utilizar sus brazos al levantar o mover objetos?

3 utilizar sus manos y dedos al levantar y manipular objetos pequeños?

4 lavarse y cuidar de su aspecto (vestirse, arreglarse, afeitarse y secarse las distintas partes del cuerpo)?

Categorías de respuesta:

No puede hacerlo
Tiene mucha dificultad
Tiene alguna dificultad
No tiene dificultad

5 llevar a cabo las tareas de beber y comer sin ayuda?

6 ver, aun si utiliza anteojos o lentes?

7 oír, aun cuando utiliza audifono?

8 hacerse entender cuando habla, o entender lo que otros dicen, aun utilizando el lenguaje de señas?

9 recordar o concentrarse?

10 llevar a cabo tareas sencillas como manejar objetos de uso cotidiano?

11 realizar operaciones matematicas o de lecto-escritura?

12 relacionarse con personas desconocidas y/o interactuar en la vida cotidiana?

13 iniciar y mantener relaciones sentimentales?

14 realizar alguna otra actividad de la vida cotidiana que no le pregunté?

Instrucción: Aquí deben incluirse también a las personas que usan en forma PERMANENTE oxígeno, sondas, diálisis o están a la espera de un trasplante.

Detección de falsos positivos y negativos

Lista de personas que vivían en el hogar durante el censo de octubre de 2010.

¿Cuáles son los nombres de las personas que vivían en este hogar durante el censo de octubre de 2010?

(Recuerde incluir a los niños menores de 1 año)

- Instrucción:**
1. Anote número de persona, nombre, quien responde por el/la encuestado/a, relación de parentesco con el jefe/a del hogar.
 2. Marque sexo, edad y si nació en Argentina.
 3. Anote la relación de parentesco con el jefe/a utilizando los siguientes códigos: 2. cónyuge, 3. hijo(a) / hijastro(a), 4. yerno / nuera, 5. nieto(a), 6. padre / madre / suegro(a), 7. otros familiares, 8. otros no familiares, 9. servicio doméstico y sus familiares.
 4. Edad: - anote 00 para los menores de 1 año.

Persona N°	Nombre	Relación de Parentesco con el jefe/a del hogar	Sexo		Edad	¿Nació en Argentina?		
			Varón	Mujer		Sí	No	
		JEFE / A	<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"/>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 ¿Alguna de las personas que recién nombró tenía o tiene alguna de las dificultades permanentes mencionadas en el módulo A?

- Sí Anote el N° de Persona y la dificultad _____

- No

Características Habitacionales del hogar

1 ¿Este hogar vive en...

Anote por observación

- casa?
- rancho?
- casilla?
- departamento?
- pieza/s en inquilinato?
- pieza/s en hotel o pensión?
- local no construido para habitación?
- Vivienda móvil?

2 Este hogar, ¿tiene electricidad...

- por red?
- por generación propia a motor?
- por generación propia por otros medios?
- No tiene?

3 ¿tiene agua...

- por cañería dentro de la vivienda?
- fuera de la vivienda pero dentro del terreno?
- fuera del terreno?

4 El agua que usa, ¿proviene de...

- red pública?
- perforación con bomba a motor?
- perforación con bomba manual?
- pozo?
- trasporte por cisterna?
- agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia?

5 ¿Tiene baño/letrina?

Sí

No **Pase a 9**

6 En el baño, ¿tiene botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro?

Sí

No

Características Habitacionales del hogar

7 El desague del inodoro, ¿es...

- a red pública (cloaca)?
- a cámara séptica y pozo ciego?
- sólo a pozo ciego?
- a hoyo, excavación en la tierra, etc.?

8 El baño/letrina, ¿es...

- utilizado sólo por este hogar?
- compartido con otros hogares?

9 Para cocinar, ¿utiliza principalmente...

- gas de red?
- gas a granel (zeppelin)?
- gas en tubo?
- gas en garrafa?
- electricidad?
- leña o carbón?
- otro

10 ¿Cuántas habitaciones o piezas para dormir tiene este hogar?

Cantidad de habitaciones o piezas para dormir:

11 Y en total, ¿cuántas habitaciones o piezas tiene este hogar? (sin contar baño/s y cocina/s)

Cantidad de habitaciones o piezas en total:

12 A causa de la discapacidad de [Nombre], ¿fue o es necesario realizar reformas o arreglos en la vivienda?

- Sí
- No ► Continúe en el Módulo C

13 ¿Las reformas o arreglos se realizaron en...

- la instalación eléctrica?
 - las instalaciones de la cocina?
 - las instalaciones sanitarias?
 - la estructura de la construcción?
 - adaptaciones tecnológicas?
 - otros arreglos o reformas
 - no las realizó ► Pase a 14
- Continúe en el Módulo C

14 ¿Por qué no las realizó?

- No tiene suficientes recursos económicos
- Otros motivos, especificar: ► Continúe en el Módulo C

Edad de origen y causa de la dificultad

<p>1 ¿A qué edad comenzó la dificultad permanente que mencionó? Para los mayores de 1 año indique en años cumplidos. Para los menores de 1 año indique los meses cumplidos.</p>	<p>Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> Meses: <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>2 ¿Cuál fué/es la causa de la dificultad permanente?</p>	<p>Accidente de tránsito. <input type="checkbox"/> Accidente laboral. <input type="checkbox"/> Accidente doméstico. <input type="checkbox"/> Accidente deportivo. <input type="checkbox"/> Enfermedad. <input type="checkbox"/> Problemas de parto. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la madre durante el embarazo. <input type="checkbox"/> Nació así. <input type="checkbox"/> Guerra, hechos violentos o desastre natural. <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Otra causa, especificar: <input type="checkbox"/> _____ _____</p>

Seguridad social

<p>3 ¿Recibe...</p> <p>Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.</p>	<p>jubilación ordinaria? <input type="checkbox"/></p> <p>pensión por fallecimiento? <input type="checkbox"/></p> <p>jubilación o retiro por invalidez? <input type="checkbox"/></p> <p>pensión a causa de la discapacidad? <input type="checkbox"/></p> <p>asignación familiar a causa de la discapacidad a través del padre, tutor, etc.? <input type="checkbox"/></p> <p>algun otro tipo de ayuda estatal (nacional, provincial o municipal)? <input type="checkbox"/></p> <p>No recibe ningún tipo de jubilación o pensión <input type="checkbox"/></p>
<p>4 ¿Tiene cobertura de salud por...</p> <p>Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.</p>	<p>obra social (incluye PAMI) <input type="checkbox"/></p> <p>prepaga a través de obra social. <input type="checkbox"/></p> <p>prepaga sólo por contratación voluntaria. <input type="checkbox"/></p> <p>programas o planes estatales de salud. <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene obra social, prepaga o plan estatal. <input type="checkbox"/></p>

Apoyos o ayudas técnicas

<p>5 Como consecuencia de la dificultad, ¿utiliza algún tipo de apoyo humano o ayuda técnica?</p> <p>Instrucción: Recuerde que un apoyo humano o una ayuda técnica es todo aquello que facilita el desenvolvimiento de la persona con discapacidad en su vida cotidiana.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Pase a 8</p>
<p>6 ¿Cuál es el apoyo humano o ayuda técnica que utiliza?</p> <p>Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.</p>	<p>Bastón blanco o verde <input type="checkbox"/></p> <p>Prótesis ocular <input type="checkbox"/></p> <p>Ayudas ópticas para baja visión <input type="checkbox"/></p> <p>Adaptaciones sanitarias <input type="checkbox"/></p> <p>Audífono <input type="checkbox"/></p> <p>Implante coclear <input type="checkbox"/></p> <p>Programas informáticos adaptados para leer, escribir, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>Bastón, muletas, trípode, andador, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p> <p>Prótesis-órtesis <input type="checkbox"/></p> <p>Elementos de uso cotidiano adaptados (ej. utensilios de cocina) <input type="checkbox"/></p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyo humano (enfermero, ayudante terapéutico, psiquiatra, kinésiólogo, etc) <input type="checkbox"/></p> <p>Otras no contempladas especificar: <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>

Apoyos o ayudas técnicas

7 ¿Quién cubre la mayor parte del costo de los apoyos humanos y/o ayudas técnicas que utiliza?

Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.

- Presupuesto del hogar
- Obra social
- Pami
- Programa federal de salud (PROFE)
- Plan médico privado (prepaga) o mutual
- Ayuda de institución privada
- Ayuda de institución estatal
- Subsidio estatal
- Otro no contemplado especificar:

Instrucción: Continúe en pregunta 9

8 ¿Cuál es el motivo por el que no utiliza apoyos humanos o ayudas técnicas?

- No necesita
- No se lo cubren
- No lo puede pagar
- No sabe qué trámites tiene que hacer o dónde solicitarlo
- No está disponible en el país
- No hay un programa público que lo brinde
- Desconoce qué es o para qué sirve
- Otro no contemplado especificar:

Estimulación temprana y rehabilitación

<p>12 ¿Cómo consecuencia de la dificultad ¿Recibe tratamiento, control periódico o rehabilitación?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Pase a 14</p>
<p>13 ¿Cuál es la forma de pago y/o cobertura del tratamiento, control periódico o rehabilitación?</p> <p>Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.</p>	<p>Presupuesto del hogar <input type="checkbox"/></p> <p>Obra social <input type="checkbox"/></p> <p>PAMI <input type="checkbox"/></p> <p>Programa federal de salud (PROFE) <input type="checkbox"/></p> <p>Plan médico privado (prepaga) o mutual <input type="checkbox"/></p> <p>Ayuda de institución privada <input type="checkbox"/></p> <p>Ayuda de institución estatal <input type="checkbox"/></p> <p>Subsidio estatal <input type="checkbox"/></p> <p>Atención primaria de la salud (APS) <input type="checkbox"/></p> <p>Otro no contemplado especificar: <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/></p> <p>Instrucción: Continúe en pregunta 15</p>
<p>14 ¿Cuál es el motivo por el que no realiza tratamiento, control periódico o rehabilitación?</p>	<p>No necesita <input type="checkbox"/></p> <p>No se lo cubren <input type="checkbox"/></p> <p>Necesita pero no lo puede pagar <input type="checkbox"/></p> <p>Le queda lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Otro no contemplado especificar: <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>

Conocimiento jurídico y discriminación

19 ¿Para qué utiliza el certificado de discapacidad?

Instrucción: Marque una o más opciones en caso de ser necesario.

20 ¿Cuál es el motivo principal por el cual no posee certificado de discapacidad?

Obtener cobertura integral de las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación

Obtener cobertura integral de medicación

No sabe que existe Instrumentos ortopédicos

No sabe para qué sirve pase libre de

No sabe cómo obtenerlo o es complicado público

Le queda muy lejos el lugar que lo otorga inquietas para

No lo quiere, no lo necesita le automotores, libre

Otros motivos: algún beneficio

_____ régimen

Realizar la administración de pequeños comercios

Solicitar empleo a la administración pública

Otros

No lo usa

Instrucción: Continúe en pregunta 21

No tiene **19**

Ocio, esparcimiento y participación

A partir de aquí indague acerca de cada una de las personas de 3 años o más

23 En el último mes, ¿concurrió a alguna de las siguientes organizaciones?

Instrucción: Excluya aquellas a las que concurre con fines terapéuticos, de tratamiento o rehabilitación.

Ver televisión/inalámbricas (en TV)

Club deportivo

Parroquia/asociación religiosa

Centro cultural

Comedor comunitario

Centro de estudiantes

Partido Político

Asociación civil para personas con discapacidad

Otra asociación civil/ONG

Ninguna

Otras, especificar:

Instrucción: Si el encuestado marcó al menos una de las opciones, pase a 24, si no continúe en 25.

24 En algún espacio de los que menciono, ¿colaboró en aspectos organizativos?

Sí

No

Educación (siguen los de 3 años y más)

40 Nunca asistió por...

causã de su discapacidad **Pase a 41**

otros motivos:

adquirio la discapacidad después de haber terminado sus estudios

no tuvo transporte para movilizarse?

no tuvo suficientes recursos económicos?

no habia escuelas especiales donde usted vivía?

no consiguió vacante en la escuela pública?

el establecimiento no era accesible?

otros motivos especificar:

.....

41 ¿Realiza o realizó alguna capacitación especial con motivo de su discapacidad?

Sí ¿Cuál?

Pública

Privada

No

Continúe en pregunta 36

Autoevaluación (definir el filtro de edad) **indec**

Instituto Nacional de Estadística y Censos

RECIBE COLABORACIÓN [Lea las alternativas](#)

1. De la familia
2. De la obra social
3. De otro tipo de institución

4. De un empleado, enfermero, etc., que le cobra
5. De un amigo, un vecino, etc., que no le cobra
6. Otros medios.

45 realizar las compras?

Sí, por sí mismo 1

Sí, con ayuda 2

¿De quién?

No puede hacerlo 3

46 viajar en transporte público?

Sí, por sí mismo 1

Sí, con ayuda 2

¿De quién?

No puede hacerlo 3

47 ¿Cuántas veces sale de su casa?

Todos los días

Tres días por semana

Un día por semana

Un día al mes

No puede hacerlo

48 ¿Concorre habitualmente a actividades recreativas, clubes, grupos, centros, salidas para...

	SI	NO	Ign
	1	2	8
personas con discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

el público en general?

Situación conyugal (12 años y más)

49 ¿Cuál es su estado civil legal?

- Soltero/a 1
- Casado/a 2
- Divorciado/a 3
- Separado/a legal 4
- Viudo/a 5
- Ignorado 8

50 ¿Convive en pareja o matrimonio?

Sí

No ► Continúe en pregunta 52

51 ¿A qué edad comenzó esta convivencia?

Ignorado 8

Ocupación

57	64 ¿Qué tipo de jornada laboral desarrolla?	Jornada completa (8 hs) <input type="checkbox"/>	
58		Jornada parcial (menos de 6 hs) <input type="checkbox"/>	
59		Jornada variable según días <input type="checkbox"/>	
60	65 ¿Le descuentan o hace aportes para la jubilación?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
61	66 ¿Cómo consiguió su trabajo actual?	A través de un servicio de empleo público <input type="checkbox"/>	ta
62		A través de un servicio de empleo privado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63		A través de una organización/institución para personas con discapacidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se dirigió directamente a una convocatoria de la empresa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Contestando un aviso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Internet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		A través de amigos, familiares o conocidos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Imponiendo algún recurso legal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Privado

Sexualidad (a definir la ubicación del bloque temático)

67 ¿Recibe o recibió información sobre educación sexual?

Sí 1
No 2 ▶

Pase a 69

68 ¿Quién le brindó dicha información?

Madre/Padre

Hermanos/as

Otro familiar

En la escuela

Un amigo/a

Otra persona

69 ¿A causa de su dificultad, ¿tuvo problemas para tener relaciones íntimas?

Sí 1
No 2 ▶

Si es varón, fin de la entrevista, si es mujer pase a 70

Fecundidad

A partir de aquí contestan las mujeres con dificultad permanente de 12 años o más

75 ¿Recibió accesibilidad para la realización de estudios y controles médicos?

Sí

¿Cuál/es?

.....

No

76 ¿Recibió apoyos humanos durante el parto?

Sí

¿Cuál/es?

.....

No

77 ¿Necesita apoyos humanos para la atención de sus hijos/as?

Sí

¿Cuál/es?

.....

No



Muchas Gracias