

Nationwide generic TB patient cost survey // Enquête nationale sur les coûts supportés par les patients atteints de tuberculose (générique) // Encuesta nacional para establecer los costos soportados por los pacientes enfermos de tuberculosis (genérico)//

PARTE I. Información del paciente que debe obtenerse de la tarjeta de tratamiento, previo a la entrevista

NUMERO DE REGISTRO DEL PACIENTE EN EL ESTABLECIMIENTO:	FECHA DE LA ENTREVISTA yyyy-mm-dd	
NOMBRE DE LA PROVINCIA ☐ Distrito A ☐ Distrito B ☐ Distrito C ☐ Distrito D ☐ Distrito E ☐ Distrito F ☐ Distrito G	NOMBRE DEL DISTRITO	
LUGAR DE LA ENTREVISTA (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	
CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN EN SALUD ☐ Centro de salud ☐ Clínica pública ☐ ONG ☐ Clínica privada ☐ Other		
SPECIFY OTHER.		
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	SEXO ☐ Hombre ☐ Mujer	EDAD DEL PACIENTE

FECHA DE DIAGNÓSTICO yyyy-mm-dd		ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO ☐ Centro de salud ☐ Clínica pública ☐ ONG ☐ Clínica privada ☐ Other	
SPECIFY OTHER.			
TIPO DE TUBERCULOSIS ☐ Pulmonar, confirmado bacteriológicamente ☐ Pulmonar NO confirmada bacteriológicamente ☐ Extra-pulmonar	¿RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE (TB-MDR)? ☐ Sí ☐ No	DURACIÓN EN MESES DEL TRATAMIENTO DE LA FASE INTENSIVA	DURACIÓN EN MESES DEL TRATAMIENTO DE LA FASE DE CONTINUACIÓN
TIPO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO RECIBE ACTUALMENTE ☐ Tratamiento de Primera línea (Casos nuevos) ☐ Tratamiento de Primera línea (Recaída) ☐ Tratamiento de Primera línea (Retratamiento por pérdida de seguimiento) ☐ Tratamiento de Primera línea (Retratamiento por fallo en la respuesta)		TIPO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO RECIBE ACTUALMENTE ☐ MDR, nuevo (primer MDR) ☐ MDR, recaída ☐ MDR, retratamiento después de la pérdida de seguimiento ☐ MDR, retratamiento después del fracaso del tratamiento de primera línea ☐ MDR, retratamiento por fallo en la respuesta ☐ Other	
SPECIFY OTHER.			
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO DE LA FASE ACTUAL yyyy-mm-dd	¿EL PACIENTE ESTÁ ACTUALMENTE EN FASE INTENSIVA O DE CONTINUACION? ☐ Fase intensiva ☐ Fase de continuación	¿CUÁNTOS DIAS DE TRATAMIENTO HA COMPLETADO DESDE EL INICIO DE ESTA FASE?	ESTATUS VIH ☐ VIH negativo ☐ VIH positivo ☐ No testado ☐ Se desconoce el estatus VIH

Parte II. Consentimiento Informado

MI NOMBRE ES , LA ORGANIZACIÓN PARA LA QUE TRABAJO (NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN), ESTÁ INTERESADA EN CONOCER LOS COSTOS QUE LAS PERSONAS DEBEN ASUMIR DURANTE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, ASÍ COMO EN LOS COSTOS QUE HAN TENIDO QUE AFRONTAR ANTES DEL DIAGNÓSTICO EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE SALUD. LA INFORMACIÓN QUE USTED DECIDA COMPARTIR SE USARÁ CON FINES DE INVESTIGACIÓN. SE COMPARTIRÁ CON OTROS INVESTIGADORES PARA EL ANÁLISIS POSTERIOR Y SE PUBLICARÁ, PERO ANTES SE SUPRIMIRÁ TODA SU INFORMACIÓN PERSONAL QUE PERMITA IDENTIFICARLO, PARA PRESERVAR LA MÁS ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD. ES IMPORTANTE QUE ENTIENDA QUE SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA. ESTARÍAMOS REALMENTE AGRADECIDOS SI DECIDE PARTICIPAR EN ÉL, PERO PUEDE NEGARSE A HACERLO. SI DECIDE NEGARSE, NO HABRÁ NINGUNA CONSECUENCIA Y USTED RECIBIRÁ TODA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO QUE NECESITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, COMO DE COSTUMBRE. SI SE DICE NO A PARTICIPAR NO PERDERÁ NINGÚN BENEFICIO AL QUE TENGA DERECHO, COMO RECIBIR LA ATENCIÓN Y EL APOYO QUE SE PRESTA EN LA IPS EN LA CUAL USTED RECIBE EL TRATAMIENTO. EN CASO DE QUE DECIDA PARTICIPAR, QUISIERA RECALCAR QUE NO RECIBIRÁ REEMBOLSO ALGUNO DE LOS GASTOS SOBRE LOS QUE INFORME EN ESTA ENTREVISTA. SI DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, PUEDE RETIRARSE EN CUALQUIER ETAPA SIN DAR EXPLICACIÓN ALGUNA. SUS RESPUESTAS SERÁN CONFIDENCIALES. EN ALGÚN MOMENTO LE PREGUNTARE ACERCA DE SUS INGRESOS PERSONALES Y LOS INGRESOS DE SU HOGAR. NO SUMINISTRAREMOS ESTA INFORMACIÓN A NINGUNA AUTORIDAD FISCAL TAMPOCO DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ES EL DR. , **DIRECCIÓN , CORREO ELECTRÓNICO:** __ QUIEN ES EL RESPONSABLE DE ESTE ESTUDIO. LOS RESULTADOS SERÁN DIFUNDIDOS EN UNA REVISTA DE CÓDIGO ABIERTO Y USTED PUEDE SOLICITARLE UNA COPIA AL INVESTIGADOR PRINCIPAL.

¿TIENE ALGUNA DUDA?

DESEA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

- ☐ Sí
- ☐ No

¿POR QUÉ NO DESEA PARTICIPAR?

- ☐ Barrera lingüística
- ☐ Problema de tiempo
- ☐ No se siente cómodo(a)
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

INCLUSION O EXCLUSION

DECISION CON RESPECTO A LA INCLUSION O EXCLUSION

- ☐ Incluido
- ☐ Excluido

EN CASO DE EXCLUSION, MOTIVO DE LA EXCLUSION

- ☐ Sin consentimiento informado
- ☐ Categoría de tratamiento "otro" dentro del registro de la unidad central de gestión de TB

IDENTIDAD DEL ENTREVISTADO

- ☐ Paciente
- ☐ Tutor
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

***Parte III. Costos antes del tratamiento de TB actual (se completará únicamente para casos nuevos en fase intensiva).**

Casos nuevos en tratamiento en fase intensiva, tratamiento de TB sensible, así como aquellos en tratamiento de TB-MDR.

PARA ESTE EPISODIO DE TB, ¿HACE CUÁNTAS SEMANAS EXPERIMENTO LOS PRIMEROS SÍNTOMAS?	ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS AQUÍ EN ESTE CENTRO DE SALUD, ¿EN QUÉ CENTRO BUSCÓ ATENCIÓN O CONSEJO PARA LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (INCLUIDAS LAS HOSPITALIZACIONES, SE PUEDEN MENCIONAR VARIOS TIPOS DE INSTALACIONES)? ☐ Centro de salud 1 ☐ Centro de salud 2 ☐ Hospital central provincial ☐ Departamento de salud del distrito ☐ Centro de diagnostico regional ☐ Hospital de nivel terciario ☐ Hospital de nivel secundario ☐ Clínica privada/hospital	¿QUÉ ESTABLECIMIENTO DE SALUD VISITÓ PRIMERO? ☐ Centro de salud 1 ☐ Centro de salud 2 ☐ Hospital central provincial ☐ Departamento de salud del distrito ☐ Centro de diagnostico regional ☐ Hospital de nivel terciario ☐ Hospital de nivel secundario ☐ Clínica privada/hospital	
PRIMERA VISITA			
TIEMPO DE VIAJE (EN HORAS)	TIEMPO GASTADO EN CADA VISITA (HORAS)	PAGO POR DÍA DE ESTANCIA HOSPITALARIA	PAGO POR LA CONSULTA
PAGO POR RADIOGRAFÍAS Y OTRAS IMÁGENES	PAGO POR EXÁMENES DE LABORATORIO	PAGO POR OTROS PROCEDIMIENTOS	PAGO POR MEDICAMENTOS

1

PAGO POR OTROS GASTOS MÉDICOS	GASTOS MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR ÚNICAMENTE SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA)	GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	GASTOS DE ALIMENTACION DURANTE LA CONSULTA O LA HOSPITALIZACIÓN
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y OTROS	OTROS GASTOS NO- MÉDICOS (INCLUIDO GASTOS DE ALOJAMIENTO)	GASTOS NO-MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR ÚNICAMENTE SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA)	GASTOS MÉDICOS Y NO-MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR ÚNICAMENTE SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA)
REEMBOLSOS DEL SEGURO			
HAGA CLIC EN "+" PARA AGREGAR UNA VISITA ADICIONAL			

Parte IV. Costo durante el tratamiento actual de TB / TB-MDR (se debe completar para todos los pacientes). A menos que se especifique, esta sección se refiere solo a la fase de tratamiento actual del paciente.

¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HOSPITALIZADO? ☐ Sí ☐ No	¿HA SIDO HOSPITALIZADO PREVIAMENTE DURANTE SU FASE ACTUAL DE TRATAMIENTO, DEBIDO A TB? ☐ Sí ☐ No	¿CUÁNTAS VECES?
TIPO DE HOSPITAL (PRIMERA ESTANCIA) ☐ Hospital público ☐ Hospital privado ☐ Other		
SPECIFY OTHER. 		
NÚMERO DE DÍAS HOSPITALIZADO	TIEMPO DE VIAJE	
.....		

DURANTE ESTA ESTADÍA EN EL HOSPITAL, ¿CUÁNTO GASTÓ EN TOTAL PARA LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS?			
PAGO POR DÍA DE ESTANCIA HOSPITALARIA	PAGO POR LA CONSULTA	PAGO POR RADIOGRAFÍAS Y OTRAS IMÁGENES	PAGO POR EXÁMENES DE LABORATORIO (INCLUIDO EL COSTO POR TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS)
PAGO POR OTROS PROCEDIMIENTOS (INCLUYENDO CIRUGÍA, BIOPSIA, ETC.)	PAGO POR MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TUBERCULOSIS	PAGO POR OTROS GASTOS MÉDICOS (TOTAL POR ESTANCIA)	GASTOS MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA ÚNICAMENTE)
GASTOS DE DESPLAZAMIENTO	GASTOS DE ALIMENTACION DURANTE LA CONSULTA O LA HOSPITALIZACION	SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y OTROS	OTROS COSTOS NO MÉDICOS (PAGO POR ALQUILER DE ROPA DE CAMA, JABÓN, OTROS SERVICIOS Y COSTOS ADMINISTRATIVOS) (ESTADÍA TOTAL)
GASTOS NO-MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA)	GASTOS MÉDICOS Y NO-MÉDICOS TOTALES (A COMPLETAR ÚNICAMENTE SI NO TIENE LA INFORMACION DESAGREGADA)		REEMBOLSOS DEL SEGURO
HAGA CLIC EN "+" PARA AGREGAR UNA ESTADIA HOSPITALARIA ADICIONAL			

¿CON QUÉ FRECUENCIA USTED O ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR RECOGIÓ LOS MEDICAMENTOS EN ESTA FASE DE TRATAMIENTO?

- ☐ Todos los días
- ☐ Cada semana
- ☐ Cada dos semanas
- ☐ Cada mes
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

.....

¿DÓNDE RECOGIÓ USTED O UN MIEMBRO DEL HOGAR LOS MEDICAMENTOS PARA LA TB?

- ☐ Centro de salud 1
- ☐ Centro de salud 2
- ☐ Hospital central provincial
- ☐ Departamento de salud del distrito
- ☐ Centro de diagnostico regional
- ☐ Hospital de nivel terciario
- ☐ Hospital de nivel secundario
- ☐ Clínica privada/hospital
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

.....

¿HIZO ALGÚN PAGO (INCLUYENDO EN ESPECIE) PARA RECOGER LOS MEDICAMENTOS?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿CUÁNTO?

.....

¿CUÁNTO GASTARON EN ALOJAMIENTO USTED Y EL MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE LO ACOMPAÑÓ, CUANDO FUE A RETIRAR LOS MEDICAMENTOS LA ÚLTIMA VEZ?

.....

¿CUÁNTO TIEMPO LE LLEVÓ LA ÚLTIMA CONSULTA/VISITA PARA RETIRAR LOS MEDICAMENTOS, INCLUIDOS EL TIEMPO DEL VIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA (TOTAL EN HORAS)?

.....

¿CUÁL FUE EL COSTO DEL TRANSPORTE (REGRESO) LA ÚLTIMA VEZ QUE RECOGIÓ LOS MEDICAMENTOS, INCLUIDO TODOS LOS COSTOS (EJM: PEAJE, PARQUEO, ETC.), EN TOTAL PARA USTED Y PARA CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE LO ACOMPAÑARA?		¿CUÁNTO GASTÓ EN TOTAL EN ALIMENTOS Y BEBIDAS LA ÚLTIMA VEZ QUE FUE A RECOGER LOS MEDICAMENTOS (EN EL CAMINO, MIENTRAS ESPERABA, EN EL ALMUERZO ETC.), USTED Y CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE LO ACOMPAÑARA?	
COSTO RELACIONADO CON LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE SEGUIMIENTO (VER AL DOCTOR O LA ENFERMERA, HACERSE PRUEBAS)			
A CUÁNTAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO MÉDICO RELACIONADO CON LA TUBERCULOSIS HA ACUDIDO USTED HASTA EL MOMENTO, EN ESTA FASE DEL TRATAMIENTO (VER AL DOCTOR O LA ENFERMERA, HACERSE PRUEBAS DE SEGUIMIENTO)?	¿CUÁNTO TIEMPO LE LLEVÓ LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO, INCLUIDOS EL TIEMPO DEL VIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA (TIEMPO TOTAL)?	¿CUÁL FUE EL COSTO DEL TRANSPORTE (IDA Y VUELTA) PARA LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO, INCLUIDO EL ESTACIONAMIENTO, EN TOTAL PARA USTED Y PARA CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE LO ACOMPAÑARA?	¿CUÁNTO GASTÓ, EN TOTAL, EN ALOJAMIENTO CUANDO ACUDIÓ A LA ÚLTIMA CONSULTA, PARA USTED Y CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE LO ACOMPAÑARA?
¿CUÁNTO PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO POR CONSULTA Y ADMISION?	¿CUÁNTO PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO POR RADIOGRAFÍA Y OTROS ESTUDIOS POR IMÁGENES?	¿CUÁNTO PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO POR OTROS PROCEDIMIENTOS?	¿CUÁNTO PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO POR MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS, INCLUIDAS LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS QUE COMPRÓ FUERA DEL ESTABLECIMIENTO?
¿CUÁNTO PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO POR OTROS MEDICAMENTOS, INCLUIDOS LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES?		¿CUÁNTO PAGÓ POR OTROS GASTOS NO ENUMERADOS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES PAGÓ EN LA ÚLTIMA CONSULTA AMBULATORIA DE SEGUIMIENTO?	

COSTO DE LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

¿COMPRA ALGÚN SUPLEMENTO NUTRICIONAL FUERA DE SU RÉGIMEN ALIMENTARIO HABITUAL DEBIDO A LA TUBERCULOSIS, POR EJEMPLO VITAMINAS POR RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DE SALUD?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿APROXIMADAMENTE CUÁNTO GASTÓ EN PROMEDIO EN LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN LA ÚLTIMA SEMANA?

¿COMPRA ALGÚN ALIMENTO ADICIONAL FUERA DE SU RÉGIMEN ALIMENTARIO HABITUAL DEBIDO A LA TUBERCULOSIS, POR EJEMPLO, CARNE, BEBIDAS ENERGÉTICAS O FRUTAS POR RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DE SALUD?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿APROXIMADAMENTE CUÁNTO GASTÓ EN PROMEDIO EN LOS ALIMENTOS ADICIONALES EN LA ÚLTIMA SEMANA?

SEGURO MÉDICO

¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE SEGURO MÉDICO?

- ☐ Sistema de reembolso
- ☐ Subsidio médico
- ☐ Donante
- ☐ Fondo familiar / comunitario
- ☐ Seguro salud privado
- ☐ Otro

POSICION SOCIAL

¿QUÉ NIVEL DE EDUCACIÓN COMPLETÓ?

- ☐ Analfabeto
- ☐ Educación primaria
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Formación profesional
- ☐ Formación profesional, especial
- ☐ Superior (universidad)

¿CUÁL ES SU OCUPACION PRINCIPAL?

- ☐ Profesión 1
- ☐ Profesión 2
- ☐ Profesión 3
- ☐ Profesión 4
- ☐ Profesión 5
- ☐ Profesión 6
- ☐ Profesión 7
- ☐ Profesión 8
- ☐ Profesión 9
- ☐ Profesión 10
- ☐ Profesión 11

ESTATUS SOCIO-ECONOMICO DEL HOGAR

¿SU INODORO TIENE CADENA?

- ☐ Sí
- ☐ No

SU HOGAR POSEE:

COMPUTADORA

- ☐ Sí
- ☐ No

TELEVISIÓN

- ☐ Sí
- ☐ No

NEVERA/REFRIGERADOR

- ☐ Sí
- ☐ No

CONEXIÓN DE INTERNET

- ☐ Sí
- ☐ No

LAVADORA

- ☐ Sí
- ☐ No

ASPIRADORA

- ☐ Sí
- ☐ No

HORNO MICRO-ONDAS

- ☐ Sí
- ☐ No

RELOJ

- ☐ Sí
- ☐ No

CARRO/CAMIÓN

- ☐ Sí
- ☐ No

RADIO

- ☐ Sí
- ☐ No

CELULAR

- ☐ Sí
- ☐ No

MOTO

- ☐ Sí
- ☐ No

GASTOS DEL HOGAR

¿CUÁL ES EL GASTO SEMANAL DE SU HOGAR EN LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS?

ACEITE

¿CUÁL ES EL GASTO MENSUAL DE SU HOGAR EN LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS?

ALQUILER

¿CUÁL ES EL GASTO ANUAL DE SU HOGAR EN LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS?

EDUCACION

INGRESOS (DECLARADOS) ANTES DE ENFERMAR DE TUBERCULOSIS

¿ERA USTED LA PERSONA QUE MÁS GANABA EN SU HOGAR ANTES DE ENFERMAR DE TUBERCULOSIS? ☐ Sí ☐ No ☐ Contribuidor a partes iguales	¿CUÁNTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJABA ANTES DE ENFERMAR DE TUBERCULOSIS?	ANTES DE CONTRAER LA TB, SI TENÍA UN TRABAJO REMUNERADO, ¿EN CUÁNTO ESTIMARÍA SU INGRESO NETO PROMEDIO MENSUAL POR LAS ACTIVIDADES LABORALES (INGRESO LABORAL)?	
¿CUÁL CALCULA QUE ERA EL INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE SU HOGAR ANTES DE QUE USTED ENFERMARA DE TUBERCULOSIS? (TODOS LOS INGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEBEN SER CONTADOS)		¿CUÁL CALCULA QUE ERA EL INGRESO PROMEDIO MENSUAL DE SU HOGAR EN EL MOMENTO EN QUE FUÉ DIAGNOSTICADO CON TUBERCULOSIS?	
VARIACIÓN DE LOS INGRESOS Y CONSECUENCIAS SOCIALES			
EN CASO DE ESTAR ACTUALMENTE EMPLEADO Y REMUNERADO, ¿CUÁL CALCULA QUE ES SU INGRESO MENSUAL PROMEDIO AHORA?		¿CUÁL CALCULA QUE ES EL INGRESO MENSUAL PROMEDIO, DE SU HOGAR AHORA?	
¿CUÁNTAS HORAS POR SEMANA TRABAJA AHORA?		¿APROXIMADAMENTE CUÁNTAS JORNADAS LABORALES - PERDIÓ POR LA TUBERCULOSIS, EN TOTAL?	
¿USTED, O SU FAMILIA, RECIBIÓ ALGUNA AYUDA MONETARIA DE LA ASISTENCIA SOCIAL DESPUÉS DE QUE LE DIAGNOSTICARAN TUBERCULOSIS? ☐ Sí ☐ No			
¿QUÉ TIPO Y POR QUÉ MONTO EN EL ÚLTIMO MES?			
BAJA POR ENFERMEDAD	BAJA POR INVALIDEZ	TRANSFERENCIAS MONETARIAS PARA LOS HOGARES POR DEBAJO DEL UMBRAL DE POBREZA	OTRAS AYUDAS
¿ACTUALMENTE RECIBE VALES O PRODUCTOS PARA HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD? ☐ Sí ☐ No			

¿QUÉ MONTO POR MES?		
BONO DE TRANSPORTE	APOYO ALIMENTARIO	OTRO APOYO
¿QUIÉN PROVEE DICHOS VALES O PRODUCTOS?		
☐ Gobierno		
☐ Proyecto apoyado por el Fondo Mundial		
☐ ONG		
☐ Empleador		
☐ Donante privado		
☐ Other		
SPECIFY OTHER.		
¿CUÁNTOS ADULTOS Y NIÑOS DUERMEN REGULARMENTE EN SU CASA? (INCLUIDO EL PACIENTE, EN EL MOMENTO DE DIAGNÓSTICO)	¿CUÁNTAS HABITACIONES TIENE LA CASA SIN CONTAR EL BAÑO?	
¿HA AFECTADO LA TUBERCULOSIS (SUYA Y DE CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR) SU VIDA SOCIAL O PERSONAL DE ALGUNA MANERA?		
☐ No		
☐ Inseguridad alimentaria		
☐ Divorcio o separación de su pareja		
☐ Pérdida de empleo		
☐ Escolaridad interrumpida		
☐ Exclusión social		

Estrategias para hacer frente a la enfermedad (Costes compensatorios)

COMPENSAR
¿RECIBIÓ ALGÚN PRÉSTAMO O DONACIÓN PARA CUBRIR LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS?
☐ Sí
☐ No

¿CUÁNTO TOMÓ PRESTADO?

¿A QUIÉN LE PIDIÓ PRESTADO?

- ☐ Familia/ pariente próximo
- ☐ Pariente alejado
- ☐ Vecino/amigo
- ☐ Organismo de financiación distinto de un banco
- ☐ Casa de empeño
- ☐ Empleador
- ☐ Banco
- ☐ "Prestatario no oficial" (mercado negro)
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

¿TENDRÁ QUE DEVOLVER LO PRESTADO?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿HA VENDIDO ALGÚN BIEN DE SU PROPIEDAD PARA FINANCIAR EL COSTO DE LA ENFERMEDAD?

- ☐ Sí
- ☐ No

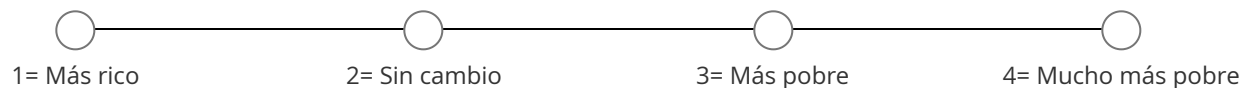
¿QUÉ VENDIÓ?

- ☐ Parcela
- ☐ Apartamento
- ☐ Transporte/vehículo
- ☐ Artículo del hogar
- ☐ Producto agrícola
- ☐ Oro/joyas
- ☐ Other

SPECIFY OTHER.

¿CUÁNTO DINERO RECIBIÓ POR LA VENTA DE TODOS LOS BIENES DE SU PROPIEDAD (TOTAL)?

EL IMPACTO FINANCIERO SOBRE SU HOGAR HA SIDO TAL QUE AHORA SU HOGAR ES:



¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN! ¿HAY ALGO MÁS QUE QUISIERA PREGUNTAR O DECIR?

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR