

MUNICIPIO DE QUITO

SECRETARÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE GRUPOS EN VULNERABILIDAD Y/O EN RIESGO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Clima Social

ENCUESTAS A GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

- A. MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES**
- B. LGBTIQ+**
- C. SITUACIÓN DE MOVILIDAD**
- D. SITUACIÓN DE CALLE**

Formulario

PRIMERA PARTE: TODOS

(La encuesta puede ser respondida por cualquier persona mayor de 18 años, no se establecen cuotas por sexo o edad).

Buenos días (tardes) mi nombre es XXXX, soy funcionario de Clima Social, firma privada que realiza estudios sociales; por pedido de la Secretaría de Inclusión Social del Municipio de Quito, estamos visitando los hogares de Quito con la finalidad de conversar sobre la situación y las necesidades de los grupos de atención prioritaria. La información que nos proporcione es 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 la efectividad de los programas de atención social de Quito.

(Encuestador: aplica todos los protocolos relacionados con protección del anonimato, consideraciones para personas de los grupos de atención prioritaria, establecidos en el Manual de Campo y las capacitaciones impartidas)

LOCALIZACIÓN

ADMINISTRACIÓN ZONAL

- 1; La Delicia
- 2; Calderón
- 3; Eugenio Espejo
- 4; La Mariscal
- 5; Manuela Sáenz
- 6; Eloy Alfaro
- 7; Quitumbe
- 8; Tumbaco
- 9; Los Chillos

PARROQUIA (código de parroquia)

SECTOR (código de sector)

COORDENADAS GPS

LUGAR DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA

- 1; Hogar del/a informante
- 2; Lugar de trabajo
- 3; Espacio público, vía, acera, parque
- 4; Institución
- 5; Otro (cual)

CARACTERIZACIÓN

1. SEXO ¿CUÁL ES SU SEXO? (por autodefinición)
 - 1; Hombre
 - 2; Mujer
 - 3; Otra
2. EDAD (años cumplidos)
3. ¿ESTÁ AFILIADO O CUBIERTO POR UN TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL?
 - 1; IESS, seguro laboral, voluntario, trabajo no remunerado del hogar
 - 2; Seguro campesino
 - 3; ISSFA/ISSPOL
 - 4; Seguro privado, incluye aseguramientos temporales
 - 5; Ninguno

LUGAR DE NACIMIENTO Y AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA

4. PAÍS (código de país, en caso de nacionalidad extranjera no se considera PROVINCIA ni CANTÓN)
 - 1; Ecuador
 - 2; Colombia
 - 3; Venezuela
 - 4; Otro latinoamericano y caribe
 - 5; Otro
5. PROVINCIA (código de provincia 01-24)
6. CANTÓN (código de cantón 005-995)
7. ¿CÓMO SE IDENTIFICA SEGÚN SU CULTURA Y COSTUMBRES?
 - 1; Indígena
 - 2; Afroecuatoriano, afrodescendiente, negro, mulato
 - 3; Montubio
 - 4; Mestizo
 - 5; Blanco
 - 6; Otro
 - 0; Nsr
8. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO QUE APROBÓ?
 - 1; Ninguno
 - 2; Primaria, básica
 - 3; Secundaria, bachillerato
 - 4; Superior, universitaria
 - 5; Técnica

PERSONA CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Tiene dificultad para:

9. VER, AUNQUE SEA CON LENTES
 - 1; Sí
 - 2; No
10. OÍR, INCLUSO SI UTILIZA AUDÍFONO
 - 1; Sí
 - 2; No
11. CAMINAR O SUBIR ESCALERAS
 - 1; Sí
 - 2; No
12. RECORDAR O CONCENTRARSE
 - 1; Sí
 - 2; No
13. BAÑARSE O VESTIRSE CON AUTONOMÍA
 - 1; Sí
 - 2; No
14. COMUNICARSE, ES DECIR COMPRENDER O SER COMPRENDIDO
 - 1; Sí
 - 2; No
15. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA? (revisa anexo del manual de capacitación)
 - 1; Sí
 - 2; No

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

16. ¿A QUÉ SE DEDICA USTED PRINCIPALMENTE?
 - 1; Está trabajando
 - 2; No está trabajando en este momento, pero tiene alguna actividad remunerada aunque sea ocasional
 - 3; Está buscando trabajo activamente
 - 4; Es estudiante
 - 5; Se dedica a los quehaceres de su hogar
 - 6; Está jubilado o pensionado para trabajar
 - 7; No trabaja y no está buscando trabajo
 - 8; Otro
17. (P20 = 1, 2) RESPECTO A SU SITUACIÓN LABORAL, ACTUALMENTE USTED: (*Semiabierta)
 - 1; Trabaja como comerciante al por menor sin un lugar fijo
 - 2; Tiene su propio emprendimiento en un lugar fijo
 - 3; Trabaja bajo contrato con el gobierno o institución del sector público
 - 4; Trabaja bajo contrato en una empresa del sector privado
 - 5; Trabaja ocasionalmente o por horas para alguna empresa o persona
 - 6; Trabaja como agricultor, ganadero
 - 7; Tiene un trabajo no remunerado o sin pago
 - 8; Tiene una empresa de entre 2 a 10 trabajadores
 - 9; Tiene una empresa de más de 10 trabajadores
 - 10; Otra (indique cual)

RECEPCIÓN DE AYUDAS

¿Recibió en los últimos 12 meses ingresos por:

18. CONCEPTO DE PENSIÓN POR JUBILACIÓN, ORFANDAD, VIUDEZ, INVALIDEZ, ENFERMEDAD, JUICIO DE ALIMENTOS, CESANTÍA, ETC.?
1; Sí
2; No
19. DINERO O ESPECIES POR REGALOS O DONACIONES DE PERSONAS O INSTITUCIONES QUE VIVAN DENTRO DEL PAÍS?
1; Sí
2; No
20. DINERO O ESPECIES (OBJETOS, REGALOS, ALIMENTOS, ROPA, ETC.) ENVIADO POR PARTE DE FAMILIARES O AMIGOS QUE VIVAN EN EL EXTERIOR?
1; Sí
2; No
21. BONOS (BDH VARIABLE, PENSIÓN MIS MEJORES AÑOS, BONO DE ADULTO MAYOR, BONO DE ORFANDAD POR FEMICIDIO)
1; Sí
2; No
22. BONO DE DISCAPACIDAD (JOAQUÍN GALLEGOS LARA)?
1; Sí
2; No

SALUD

23. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS NECESITÓ ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD, DOLOR, DEBILIDAD O POR CONTROL?
1; Sí
2; No
24. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SE HIZO CHEQUEAR POR UN MÉDICO PSICÓLOGO, DENTISTA, CURANDERO, BOTICARIO O SOBADOR, LE VISITÓ EN SU DOMICILIO EL MÉDICO DEL BARRIO, O RECIBIÓ ALGÚN SERVICIO PREVENTIVO COMO: VACUNAS, CONTROL DEL NIÑO SANO, MEDIR LA PRESIÓN, CONTROL ODONTOLÓGICO, ETC.? (responde sí) ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA ATENCIÓN?
1; No se hizo chequear
2; Dolor, malestar, debilidad
3; Accidente, herida, golpe
4; Enfermedad
5; Control, vacuna, chequeo
6; Otro
25. (Sí necesitó, pero no se hizo chequear) ¿PORQUÉ NO SE HIZO CHEQUEAR?
1; Falta de dinero
2; Distancia, vive lejos del lugar de atención
3; No tiene acceso a atención
4; Trabajo, no puede dejar de asistir al trabajo
5; Atención de mala calidad, desconfía
6; No existe la especialidad, la atención específica que requiere

- 7; Discriminación, exclusión por razones de sexo, edad, etnia, condición social y/o pertenencia
- 8; No conoce donde ir, falta información
26. (Sí acudió a atención) ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA HACERSE EL CHEQUEO O CONTROL DE SU SALUD?
- 1; Establecimiento del MSP
- 2; Establecimiento IESS
- 3; Establecimiento FFAA / Policía
- 4; Establecimiento privado: Hospital, clínica, centro médico especializado
- 5; Unidad del MDMQ
- 6; Unidad del GADPP
- 7; Consultorio médico privado
- 8; Farmacia, botica
- 9; Centro naturista, curandero/a, medicina alternativa
- 10; Otro
27. (Sí acudió a atención) ¿QUÉ ATENCIÓN O SERVICIOS DE SALUD RECIBIÓ PRINCIPALMENTE?
- 1; Emergencia
- 2; Consulta externa
- 3; Consulta de especialidades
- 4; Medicina integral/general
- 5; Laboratorio clínico
- 6;Imagenología
- 7; Rehabilitación
- 8; Medicamentos
- 9; Curaciones (curación ancestral), limpias, ceremonias
- 10; Hospital del día
- 11; Atención dental
- 12; Otra
28. ¿CÓMO CALIFICARÍA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?
- 1; Excelente
- 2; Muy bueno
- 3; Bueno
- 4; Regular
- 5; Malo
29. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, USTED U OTRA PERSONA DE SU HOGAR TUVO PROBLEMAS PARA ALIMENTARSE CON COMIDA SUFICIENTE, SANA Y NUTRITIVA?
- 1; Sí
- 2; No
- 0; Nsr

ACOSO Y VIOLENCIA

30. ¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO VÍCTIMA DE ACOSO, MALTRATO U OTRA FORMA DE VIOLENCIA? (Responde sí) ¿CUÁL ES LA FORMA DE VIOLENCIA QUE MÁS HA RECIBIDO?
- 1; No sufrió acoso, maltrato, violencia
- 2; Sí, acoso
- 3; Si, maltrato
- 4; Sí, castigos físicos
- 5, Sí, agresiones verbales, insultos

- 6; Laboral, económica
 - 7; Sicológica
 - 8; Por razones de edad, sexo, etnia
 - 9; Otros
 - 0; Nsr
31. (si recibió sufrió acoso, maltrato, violencia) ¿BUSCÓ AYUDA DE ALGUIEN FRENTE A ESTA SITUACIÓN?
- 1; Sí buscó ayuda
 - 2; No buscó ayuda
 - 0; Nsr
32. ¿RECIBIÓ AYUDA DE ALGUIEN FRENTE A ESTA SITUACIÓN? (Sí) ¿DE QUIÉN?
- 1; Familiares, amigos
 - 2; Policía, 911
 - 3; Vecinos, transeúntes
 - 4; Atención privada
 - 5; Atención pública
 - 6; Otro
 - 0; Nsr

SEGURIDAD Y VICTIMIZACIÓN

33. ¿CÓMO ES EL AMBIENTE EN EL SECTOR DONDE VIVE, EN CUANTO A SEGURIDAD
- 1; Nada seguro
 - 2; Poco seguro
 - 3; Algo seguro
 - 4; Muy seguro
34. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR HAN SIDO VÍCTIMAS DE UN ROBO, ASALTO U OTRA FORMA DE VIOLENCIA?
- 1; Sí
 - 2; No
35. (Responde sí) ¿EN DÓNDE FUE EL ACTO QUE ME INDICA?
- 1; Lugar público
 - 2; Vivienda, hogar
 - 3; Transporte público
 - 4; Institución pública o privada
 - 0; Nsr
36. ¿QUÉ HACEN FRENTE A UNA SITUACIÓN DE INSEGURIDAD?
- 1; No hacen nada
 - 2; Llama a la policía/911
 - 3; Alerta a los vecinos, se organizan
 - 4; Pide ayuda a familiares, amigos
 - 5; Se defienden, responden (a la agresión, impiden el posible delito)
 - 6; Otro

CONVIVENCIA

37. ¿CONSIDERA QUE LA CONVIVENCIA CON LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACTUALMENTE ES BUENA O NO?
- 1; Buena, mayormente buena
 - 2; A veces buena, otras veces no

- 3; La mayoría de veces o siempre, no es buena
4; Vive solo
38. ¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR CONSUME ALCOHOL, DROGAS O MEDICAMENTOS SIN RECETA?
- 1; Sí
2; No
0; Nsr
39. (Responde Si) ¿CONSIDERA QUE EL CONSUMO DE ESTA SUSTANCIA (ALCOHOL, DROGAS O MEDICAMENTOS SIN RECETA) OCASIONAN UN PERJUICIO A LA CONVIVENCIA FAMILIAR?
- 1; Sí
2; No
3; Algunas veces
0; Nsr

SEGUNDA PARTE: MÓDULOS POR GRUPO

A. MUJERES EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES

40. ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

Anote las edades, en años cumplidos, del hijo mayor y el hijo menor:

41. AÑOS HIJO MAYOR

42. AÑOS HIJO MENOR

43. ¿DURANTE SU EMBARAZO RECIBIÓ SUPLEMENTOS VITÁMICOS O NUTRICIONALES?

- 1; Sí
2; No

44. ¿SUS HIJOS PEQUEÑOS HAN ACUDIDO A ALGÚN CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL GRATUITO?

- 1; Sí
2; No
3; Acude a un centro privado

45. ¿DÓNDE FUE O SERÁ LA ATENCIÓN DEL PARTO DEL ÚLTIMO HIJO?:

- 1; Institución privada, médico privado
2; Institución pública
3; Partera
4; Otro

Para mujeres embarazadas:

46. MESES DE EMBARAZO

47. NÚMERO DE CONTROLES RECIBIDOS (si no recibe, anota 0)

99; Nsr

B. LGBTIQ+

48. ¿EN GENERAL, LAS PERSONAS DE SU FAMILIA CONOCEN SU ORIENTACIÓN SEXUAL?

- 1; Sí, todos
2; Sí, la familia inmediata, pero no otros familiares
3; Al menos 1 miembro de la familia conoce

- 4; No, trata que la familia no sepa
49. ¿CÓMO CALIFICARÍA LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE SU FAMILIA DE SU ORIENTACIÓN SEXUAL?
- 1; Aceptación total
2; Aceptación parcial
3; Rechazo
0; Nsr
50. ¿HA VIVIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES EXPERIENCIAS DEBIDO A SU ORIENTACIÓN SEXUAL? (respuesta múltiple)
- 1; Le negaron atención o no le permitieron la entrada en algún lugar
2; Le insultaron usando palabras alusivas a su orientación sexual
3; Le obligaron a cambiar su estética (cabello, uñas, maquillaje) o vestido
4; Le llevaron contra su voluntad a un centro de salud mental, un internado, cuartel u otro lugar para obligarlo a cambiar de orientación sexual
5; Ninguna
51. ¿HA REALIZADO ALGUNA OPERACIÓN, TRATAMIENTO, USADO HORMONAS O MEDICAMENTOS PARA REALIZAR UN CAMBIO CORPORAL?
- 1; Sí
2; No
52. (si realizó cambio corporal) ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR ESTE CAMBIO CORPORAL?
- 1; Institución de salud pública
2; Institución de salud privada
3; Centro de estética
4; Amigos, familiares
5; No aplica, no realizó cambio corporal
53. ¿REQUIERE EN EL FUTURO REALIZAR ALGUNA OPERACIÓN, TRATAMIENTO, USAR HORMONAS O MEDICAMENTOS PARA REALIZAR UN CAMBIO CORPORAL?
- 1; Sí
2; No

C. PERSONAS EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD

54. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN MIGRATORIA ACTUAL?
- 1; Irregular
2; Regular
3; En proceso de regularización
4; Refugiada/solicitante, asilo
5; Otro
55. ¿PARTICIPÓ O PARTICIPA EN UN PROGRAMA DE MOVILIDAD HUMANA, ASISTENCIA HUMANITARIA, RECIBIENDO AYUDA MATERIAL U OTRA FORMA DE PROTECCIÓN, VISA, REGULARIZACIÓN O ACOMPAÑAMIENTO (atención psicológica, asesoría jurídica, capacitación para medios de vida, etc.)?
- 1; Sí
2; No
56. ¿SIENTE QUE LAS PERSONAS EN MOVILIDAD HUMANA (MIGRANTES) QUE LLEGAN AL PAÍS SON TRATADAS IGUAL QUE EL RESTO DE PERSONAS O RECIBEN DISCRIMINACIÓN Y MALTRATOS?

- 1; Si son tratadas igual
 - 2; Unas veces son tratadas igual, otras no
 - 3; No son tratadas igual, la mayoría de las veces
57. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA SALIDO DEL PAÍS, PARA BUSCAR O ENCONTRAR TRABAJO, POR ESTUDIOS, TURISMO U OTRA RAZÓN?
- 1; Buscó trabajo
 - 2; Estudios
 - 3; Turismo, visitar a la familia
 - 4; Salud, religión, otra
 - 5; Reunificación familiar
 - 6; No salió
58. ¿PLANEA VOLVER A MIGRAR EN LOS PRÓXIMOS MESES, DIGAMOS DURANTE ESTE AÑO O EL PRÓXIMO? (responde Sí) ¿A DÓNDE?
- 1; No. No lo tiene planificado
 - 2; Si, a otra ciudad del Ecuador
 - 3; Si, a otro país
 - 4; Si, volver al país de origen
 - 0; Nsr

D. PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

(Para este estudio definimos a la persona de situación de calle en un sentido amplio; vive o realiza sus actividades diarias en la calle; o por factores socioeconómicos, familiares o personales ha convertido a la calle en su lugar habitual de interacción)

59. SITUACIÓN DE CALLE
- 1; Vive y pernocta en la vía pública
 - 2; Vive y pernocta en parques, plazas, etc.
 - 3; Vive y pernocta en edificios, casas abandonadas
 - 4; Vive y pernocta en otros espacios
60. MEDIOS DE SUBSISTENCIA
- 1; Trabaja en la vía pública, comercio, servicios
 - 2; Mendicidad
 - 3; Trabajador/a sexual
 - 4; Recolector, reciclador
 - 5; Otras actividades (anota cual)
61. (Observación) ¿LA PERSONA ESTÁ ACOMPAÑADA DE OTROS MIEMBROS ADULTOS DE SU FAMILIA?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr (no se puede constatar)
62. (Observación) ¿LA PERSONA ESTÁ ACOMPAÑADA DE OTROS MIEMBROS NNA DE SU FAMILIA?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr (no se puede constatar)

63. (Observación) ¿LA PERSONA ESTÁ ACOMPAÑADA DE OTRAS PERSONAS ADULTAS O NNA QUE NO SON DE SU FAMILIA?
- 1; No está acompañado de otras personas
 - 2; Sí, adultos
 - 3; Sí NNA
 - 4; Sí, adultos y NNA
 - 0; Nsr (no se puede constatar)
64. (Observación) ¿TIENE ANIMALES DE COMPAÑÍA?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr (no se puede constatar)

TERCERA PARTE: CIERRE (TODOS)

BIENESTAR SICOSOCIAL Y ACTITUDES EMOCIONALES

Durante los últimos 7 días, alguna vez:

65. ¿SE SINTIÓ TRISTE POR SU SITUACIÓN PERSONAL?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr
66. ¿NO DURMIÓ LO SUFICIENTE?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr

Pensando en su vida actual:

67. ¿CONSIDERA QUE TIENE RAZONES PARA SENTIRSE ORGULLOSO DE SÍ MISMO/A?
- 1; Sí
 - 2; No
 - 0; Nsr
68. ¿SIENTE QUE LA VIDA LE HA DADO OPORTUNIDADES PARA ALCANZAR SUS OBJETIVOS O SUEÑOS: NINGUNA, POCAS, ALGUNAS O MUCHAS?
- 1; Ninguna
 - 2; Pocas
 - 3; Algunas
 - 4; Muchas
 - 0; Nsr
69. NOTAS Y OBSERVACIONES: indicar si observó una posible situación de violencia o vulneración de derechos, informar si alguien del hogar manifiesta necesidad de apoyo o asistencia. Anotar si ha proporcionado información sobre protección de derechos a algún miembro del hogar.

Muchas gracias por recibirme y responder a esta encuesta