

CUESTIONARIO CONSUMO DE MEDICAMENTOS CON RECETA
PREGUNTA FILTRO

¿Ha comprado Ud. en los últimos 12 meses, para sí mismo u otra persona, un medicamento/remedio como (ENTREGAR TARJETA MEDICAMENTOS CORRESPONDIENTE AL CUESTIONARIO Y MARCAR EN ELLA Y EN EL CUESTIONARIO LOS MENCIONADOS POR EL ENCUESTADOR)

(ENCUESTADOR: SOLO PREGUNTAR Y CONSIDERAR MEDICAMENTOS/REMEDIOS LISTADOS)

• Alzheimer	1
• Ansiolítico	2
• Antialérgico	3
• Antianémico	4
• Antiartrósicos	5
• Antibióticos	6
• Anticoagulantes	7
• Anticonceptivos	8
• Anticonvulsivante	9
• Antidepresivo	10
• Antidiabéticos	11
• Antidispépticos	12
• Antihipertensivos	13
• Antiinfecciosos	14
• Antiyaquecosos	15
• Antiparasitarios	16
• Antiulcerosos	17
• Broncodilatadores	18
• Descongestivos Nasaes	19
• Diureticos	20
• Estrogenoterapia	21
• Hepatoprotectores	22
• Hipnóticos	23
• Tratamiento del Colesterol	24
• Tratamiento De Disfunciones Sexuales	25

SI NO HA COMPRADO NINGUNO, AGRADECER Y CERRAR

DESDE AQUÍ LOS ENTREVISTADOS FORMAN PARTE DE LA MUESTRA

1. ¿Dónde compra, siempre o casi siempre, estos medicamentos/remedios? (LEER)
En una farmacia ...

1. Cerca de mi casa
2. Cerca de mi trabajo
3. Cerca de la consulta del médico
4. En el camino hacia mi casa/trabajo
5. Compra en varios/distintos lugares
9. Otra (ESPONTANEA)_____

2. Habitualmente, cuando Ud. va a comprar un medicamento/remedio como los que le mencioné, ¿cotiza su precio en más de una farmacia?

1. No, sólo en una. 2. Sí, en más de una

- 2.1. ¿En cuál o cuáles?

(SIMPLE SI PREG 2=1; MULTIPLE SI PREG2=2)

1. Cruz Verde
2. SalcoBrand
3. Ahumada
4. Independientes

3. ¿Ha encontrado diferencias importantes en una o más de estas cotizaciones?

1. SI
2. NO (PASAR A PREG 4)

- 3.1. ¿aproximadamente cuán menor era el costo en la más barata?

1. entre 1 y 10% 2. entre 10 y 20% 3. más del 20%

4. Cuál de estos factores es para usted el más importante al momento de decidir en qué farmacia comprar uno o más de estos medicamentos/remedios (ENTREGAR TARJETA CON LISTA ROTADA DE FACTORES). 4.a. Y ¿cuál es el segundo más importante? 4.b. ¿Y el **MENOS** importante?

Factor	Más Importante	Segundo en Importancia	Menos Importante
Su ubicación	1	1	1
Buena atención	2	2	2
Precios	3	3	3
La tarjeta de descuentos	4	4	4
La tarjeta de crédito de la farmacia	5	5	5
El que acepten otras tarjetas de crédito	6	6	6
El que siempre tengan los remedios que necesito	7	7	7
La marca de la farmacia	8	8	8
El que me conozcan (costumbre)	9	9	9

5. Si alguno de los medicamentos/remedios que su doctor le recetó no lo tienen en la farmacia donde piensa comprarlo ¿qué hace, habitualmente? (LEER)

1. Va a otra farmacia a comprarlo
2. Le pregunta al vendedor por un sustituto y lo compra

6. Y si el medicamento/remedio está pero lo tienen con un 10% o más de alza en el precio que la última vez que lo compró, ¿qué hace? (LEER)

1. Va a otra farmacia a comprarlo (HACER PREG 6.1)
2. Le pregunta al vendedor por un sustituto más barato y pregunta al Dr si puede usarlo (PASAR A PREG 7)
3. Le pregunta al vendedor por un sustituto más barato y lo compra (PASAR A PREG 7)
4. Pide un sustituto que Ud. ya conoce (PASAR A PREG 7)
5. Lo compra, de todas maneras (PASAR A PREG 7)

6.1. ¿Qué tiempo está dispuesto a gastar para cotizar en otra farmacia?

i

(i) en auto

1.entre 0 y 5 minutos 2. entre 5 y 10 minutos 3.entre 10 y 15 minutos

ii

(ii) caminando

1.entre 0 y 5 minutos 2. entre 5 y 10 minutos 3. entre 10 y 15 minutos

7. En general, ¿sabe Usted de sustitutos para los medicamentos/remedios que usa/compra?

1. Sí para todos o casi todos 2. Sí, para algunos 3. No, para ninguno (PASAR A P9)

8. ¿Para qué tipo de medicamentos/remedios que usted usa/compra conoce sustitutos a los que le recetaron?
(MIRAR MEDICAMENTOS EN TARJETA ‘MEDICAMENTOS CON RECETA’ Y PREGUNTAR SOLO POR ELLOS)

Remedio que usa/compra	¿Conoce sustituto?
• 1.Alzheimer	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 2.Ansiolítico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 3.Antialérgico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 4.Antianémico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 5.Antiartrósicos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 6.Antibióticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 7.Anticoagulantes	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 8.Anticonceptivos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 9.Anticonvulsivante	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 10.Antidepresivo	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 11.Antidiabéticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 12.Antidispépticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 13.Antihipertensivos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 14.Antiinfeciosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 15.Antijaquicosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 16.Antiparasitarios	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 17.Antiulcerosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 18.Broncodilatadores	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 19.Descongestivos Nasales	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 20.Diuréticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 21.Estrogenoterapia	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 22.Hepatoprotectores	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 23.Hipnóticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 24.Tratamiento del Colesterol	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 25.Tratamiento De Disfunciones Sexuales	1()Sí 2()No 8()no usa/compra

9. Ha percibido aumentos de precios importantes en alguno de estos medicamentos/remedios durante el último año

(MIRAR MEDICAMENTOS EN TARJETA 'MEDICAMENTOS CON RECETA Y PREGUNTAR SOLO POR ELLOS)

Remedio que usa/compra	¿Ha aumentado?
• 1.Alzheimer	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 2.Ansiolítico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 3.Antialérgico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 4.Antianémico	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 5.Antiartrósicos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 6.Antibióticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 7.Anticoagulantes	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 8.Anticonceptivos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 9.Anticonvulsivante	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 10.Antidepresivo	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 11.Antidiabéticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 12.Antidispépticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 13.Antihipertensivos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 14.Antiinfeciosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 15.Antijaquerosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 16.Antiparasitarios	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 17.Antiulcerosos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 18.Broncodilatadores	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 19.Descongestivos Nasales	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 20.Diuréticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 21.Estrogenoterapia	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 22.Hepatoprotectores	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 23.Hipnóticos	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 24.Tratamiento del Colesterol	1()Sí 2()No 8()no usa/compra
• 25.Tratamiento De Disfunciones Sexuales	1()Sí 2()No 8()no usa/compra

10. En general, en qué porcentaje tiene que subir un medicamento/remedio para que Ud. considere que dicho aumento es importantes?

1. entre 1 y 10% 2. entre 10 y 20% 3. más del 20%

A continuación le haré algunas preguntas cuyo objetivo es sólo estadístico

DATOS DE CLASIFICACION

Nombre de pila del encuestado _____

Sexo 1()Masculino 2()Femenino

Edad _____ años

G.S.E. 1()ABC1 2()C2 3()C3 4()D 5()E

Primero le voy a hacer algunas breves preguntas solo con fines estadísticos y luego vamos a pasar al tema de la televisión.

02	¿Me podría decir su edad?:
-----------	-----------------------------------

03. ¿Cuál es su nivel de estudios? NO LEER ALTERNATIVAS

Sin estudios	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta	Media completa	Técnica incompleta	Técnica completa o Universitaria incompleta	Universitaria completa o más
1	2	3	4	5	6	7	8

04. ¿Quién es la persona que aporta el principal ingreso en el hogar?

Es la persona entrevistada (1)	Es otra persona (2)
PASAR A PREGUNTA 06	PASAR A PREGUNTA 05

05. ¿Cuál es el nivel de estudios de esa persona?

Sin estudios	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta	Media completa	Técnica incompleta	Técnica completa o Universitaria incompleta	Universitaria completa o más
1	2	3	4	5	6	7	8

A continuación le voy a leer una serie de bienes, ¿podría decirme en cada caso si usted los posee en su hogar o no?

	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
	Ducha	TV Color	Refrigerador	Lavadora	Calefónt	Microondas	Automóvil, camioneta, etc.	TV Cable o Satelital	Computador	Internet
SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Dirección (NO PREGUNTAR) Calle _____ n° _____
Comuna _____

Fecha y Hora encuesta _____

Encuestador _____

Supervisada por _____

Resultado Supervisión 1() Aprobada 2()Incompleta 3()Eliminar y reemplazar

Razón de eliminación: _____

Fecha Supervisión _____

OBSERVACIONES

