



Territorios Integradores: Caja de herramientas para transformar la migración en desarrollo local sostenible

Módulo: Salud y educación

Herramienta: Guía para el análisis del acceso a salud de las personas en movilidad a nivel local

Perfil de salud de personas en movilidad y acceso a servicios de salud en el territorio

Cuestionario editable



Datos demográficos

- ▶ **P1.** ¿Cuál es su edad? _____
- ▶ **P2.** Al nacer, ¿cuál fue el sexo que se registró en su documento de identidad?
 - ☐ Femenino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Prefiero no responder
- ▶ **P3.** ¿Cuál es su género?
 - ☐ Mujer
 - ☐ Hombre
 - ☐ Mujer trans
 - ☐ Hombre trans
 - ☐ No binario
 - ☐ Otra ¿Cuál? _____
 - ☐ Prefiero no responder



- ▶ **P4.** Según su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿cómo se reconoce?

- ☐ Indígena
- ☐ Afrodescendiente
- ☐ Mestizo/a
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otro

- ▶ **P5.** ¿Tiene alguna discapacidad o condición de salud que afecte su vida diaria?

- ☐ No
- ☐ Si

Especificar (Auditiva, Visual, Motriz, Psicosocial, Otra)

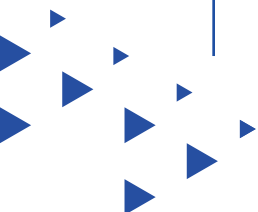
- ▶ **P6.** ¿Cómo se identifica en términos de orientación sexual?

- ☐ Heterosexual
- ☐ Homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no responder

- ▶ **P7.** ¿De qué país es nacional? _____

- ▶ **P8.** ¿En qué país residía antes de residir aquí? _____

- ▶ **P9.** En meses, ¿hace cuánto tiempo vive en este lugar? _____



▶ **P10.** ¿Cuál es su estatus migratorio actual?

- ☐ Irregular
- ☐ Regular
- ☐ Refugiado/a
- ☐ Solicitante de asilo

▶ **P11.** ¿Es usted responsable del cuidado de otra persona (hijos, personas mayores, dependientes con discapacidad)?

- ☐ No
- ☐ Si

▶ **P12.** ¿Cuál es su nivel de educación más alto alcanzado?

- ☐ Ninguno
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Técnica
- ☐ Universitaria



Condiciones de salud

▶ **P13.** ¿Cómo calificaría su estado de salud general?

- ☐ Muy bueno
- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

- ▶ **P14.** ¿Ha experimentado síntomas recientes de enfermedad?

☐ Si ¿Cuáles? _____

☐ No

- ▶ **P15.** ¿Ha recibido diagnósticos de alguna enfermedad crónica?

☐ Si ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

☐ No

- ▶ **P16.** ¿Ha tenido algún problema de salud mental en el último año?

☐ Si ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

☐ No

- ▶ **P17.** ¿Con qué frecuencia se ha sentido triste o deprimido en las últimas semanas?

☐ Nunca

☐ A veces

☐ Frecuentemente

☐ Siempre

- ▶ **P18.** ¿Con qué frecuencia ha tenido dificultades para dormir o cambios en su apetito?

☐ Nunca

☐ A veces

☐ Frecuentemente

☐ Siempre

- ▶ **P19.** ¿Ha experimentado ansiedad o ataques de pánico?

☐ Si

☐ No

- ▶ **P20.** ¿Cuenta con apoyo emocional de familiares o amigos?

☐ Si

☐ No

- ▶ **P21.** ¿Ha buscado ayuda profesional para su salud mental?

☐ Si

☐ No

- ▶ **P22.** ¿Ha recibido vacunas en el último año?

☐ Si ¿Cuáles? _____

☐ No

- ▶ **P23.** ¿En los últimos seis meses, ha tenido acceso a medicamentos? Identificación de barreras de acceso.

☐ Si

☐ No

- ▶ **P24.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿se encuentra en estado de embarazo?

☐ Si ¿Cuál es el tiempo de gestación? _____

☐ No



- ▶ **P25.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿cuántos hijos nacidos vivos tiene?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Más de 3

- ▶ **P26.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿Ha tenido acceso a métodos anticonceptivos o servicios de planificación familiar en el último año?

- ☐ Si
- ☐ No

- ▶ **P27.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿Ha experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja, expareja u otra persona en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí (pasa a P28)
- ☐ No (pasa a P29)
- ☐ No sabe/No responde (pasa a P29)

- ▶ **P28.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes. ¿Qué tipo de violencia ha experimentado?

- ☐ Física
- ☐ Sexual
- ☐ Psicológica
- ☐ Económica
- ☐ Otra

- ▶ **P29.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿Ha afectado esta violencia su salud física o mental?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No responde

- ▶ **P30.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿El personal de salud le ha preguntado alguna vez si ha sido víctima de violencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No responde

- ▶ **P31.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿Ha buscado apoyo o ayuda tras haber experimentado violencia?

- ☐ Sí ¿En dónde? _____
- ☐ No
- ☐ No sabe/No responde

- ▶ **P32.** Si es mujer, hombre trans y personas no binarias gestantes ¿Cuenta con una red de apoyo para hablar sobre experiencias de violencia o problemas de salud?

- ☐ Sí, con familiares o amigos
- ☐ Sí, en el centro de salud
- ☐ No, por falta de información
- ☐ No, me gustaría



- **P33.** ¿Ha sentido ansiedad, estrés o síntomas depresivos relacionados con su situación migratoria, identidad de género o condición socioeconómica?

☐ Si

☐ No



Acceso a servicios de salud

- **P34.** ¿Tiene seguro de salud o algún tipo de cobertura médica?

☐ Si

☐ No

- **P35.** ¿Ha recibido información sobre cómo acceder a atención médica en su idioma?

☐ Si

☐ No

- **P36.** ¿Sabe dónde acudir en caso de necesitar atención médica?

☐ Si ¿Por qué medio se enteró? _____

☐ No

- **P37.** ¿Ha utilizado servicios de salud en este territorio?

☐ Si ¿Cuáles? _____

☐ No

- **P38.** ¿Ha sentido que ha sido tratado/a de manera diferente o ha enfrentado dificultades al acceder a servicios de salud debido a su identidad de género, nacionalidad, discapacidad u otra razón?

☐ Si

☐ No

- **P39.** ¿Ha tenido dificultades para recibir atención médica adecuada a su identidad de género o necesidades de salud sexual?

☐ Si

☐ No

- **P40.** ¿Cuáles de estas barreras ha enfrentado para acceder a servicios de salud?

☐ Económicas (costo de la atención, falta de seguro médico, costo de transporte)

☐ Administrativas (largos tiempos de espera, regularización)

☐ Culturales o sociales (miedo, discriminación, distancia con respecto al centro de salud, desconocimiento de derechos)

☐ Violencia o acoso (violencia obstétrica, acoso a población refugiada y migrante)

☐ Barreras lingüísticas.

☐ Rechazo por identidad de género u orientación sexual.

☐ Barreras tecnológicas y de acceso digital.

- **P41.** ¿Ha tenido dificultades para acceder a atención médica por razones económicas o falta de documentos?

☐ Si ¿A qué tipo de servicio? _____

☐ No

- **P42.** ¿Ha sentido discriminación en los servicios de salud?

☐ Si ¿Qué tipo de discriminación? _____

☐ No





Determinantes sociales

► **P43.** ¿En qué tipo de vivienda reside?

☐ Casa propia

☐ Arriendo

☐ Albergue

☐ Sin vivienda

► **P44.** ¿Considera que su vivienda es segura y adecuada para usted y su familia?

☐ Si

☐ No ¿Por qué razón?

► **P45.** ¿Ha tenido que cambiar de vivienda en los últimos 12 meses debido a violencia, desalojo o inseguridad?

☐ Si ¿Por qué razón?

☐ No

► **P46.** ¿Tiene acceso a agua potable y saneamiento?

☐ Si

☐ No

► **P47.** ¿Actualmente trabaja?

☐ Si (pase a P48)

☐ No (pase a P49)

► **P48.** ¿Qué tipo de trabajo tiene?

- ☐ Empresa
- ☐ Independiente
- ☐ Negocio propio

► **P49.** ¿Ha experimentado dificultades para acceder o mantener un empleo debido a su género, estatus migratorio o discapacidad?

- ☐ Si
- ☐ No

► **P50.** ¿Cuenta con documentación legal que le permita acceder a servicios públicos?

- ☐ Si
- ☐ No



Opiniones y sugerencias

► **P51.** ¿Qué podría mejorar en los servicios de salud para su comunidad?

Este documento forma parte de **Territorios Integradores: Caja de herramientas para transformar la migración en desarrollo local sostenible del Proyecto Lazos**
<https://www.ilo.org/es/projects-and-partnerships/projects/proyecto-lazos#publications>

