Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

¡Hola! Todas las personas con VIH mayores de 18 años están invitadas a participar en esta encuesta del Departamento de Salud de la Florida.

Esta encuesta se desarrolló a partir de las opiniones de las personas con VIH y de las otras partes interesadas del estado de la Florida. **La encuesta sólo le tomará 10 minutos**. Su opinión será una guía para mejorar los servicios de atención al paciente y para financiar aquellas necesidades no cubiertas en las comunidades de toda la Florida.

Debido al carácter personal de algunas de las preguntas de la encuesta, les aseguramos que las respuestas se mantendrán de manera anónima y confidencial. Por favor, trate de responder con la mayor claridad y sinceridad possible. El Departamento de Salud de la Florida así como todos los organismos de planificación de salud estatales y locales tienen entre sus metas satisfacer las necesidades de las personas con VIH en todo el estado y en las diferentes comunidades.

Favor de rellenar el círculo para escoger su respuesta ● :

¿Está usted mismo completando la encuesta o le está ayudando otra persona a completarla?

- ○ Yo mismo estoy completando la encuesta.
- ○ Estoy a ayudando a alguien a completar esta encuesta. Todas las respuestas reflejan la información y opiniones de esa persona a la que estoy ayudando a completar la encuesta.

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Favor de seleccionar los **CINCO SERVICIOS** que usted considera que son los más importantes para las personas con VIH:

- ○ Gestión de casos [trabajador social]
- ○ Cuidado infantil
- ○ Servicios dentales
- ○ Servicios de intervención temprana
- ○ Ayuda financiera de emergencia
- ○ Banco de alimentos/Vales de comida
- ○ Educación para la salud/reducción de riesgos
- ○ Seguro médico
- ○ Atención médica en el hogar
- ○ Servicios de hospicio
- ○ Ayuda para la vivienda (alquiler, etc.)
- ○ Asistencia legal
- ○ Servicios de traducción / interpretación
- ○ Servicios de salud mental
- ○ Servicios de nutricionista (asesoramiento nutricional)
- ○ Atención médica ambulatoria
- ○ Servicios de alcance comunitario ("outreach")
- ○ Sistema de apoyo a través de un compañero (apoyo entre pares)
- ○ Medicinas con receta / prescripción médica
- ○ Referidos a servicios médicos
- ○ Rehabilitación
- ○ Uso/mal uso/abuso de sustancias (ambulatorio)
- ○ Uso/mal uso/abuso de sustancias (internado)
- ○ Transporte
- ○ Cualquier otro servicio que no se encuentre en la lista (favor de especificar): _____

2. ¿Cuántas veces en el pasado año **(últimos 12 meses)** usted recibió atención médica relacionada con el VIH?

○ 0 veces (ninguna)	De ser así, proseguir a la pregunta #3
○ 1 vez	De ser así, proseguir a la pregunta #3
○ 2 veces	De ser así, proseguir a la pregunta #4
○ 3 veces	De ser así, proseguir a la pregunta #4
○ 4 ó más veces	De ser así, proseguir a la pregunta #4
○ Prefiero no responder	De ser así, proseguir a la pregunta #4

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

3. ¿Cuáles son algunas de las razones por las cuales usted no recibió atención médica relacionada con su condición de VIH en los **últimos 12 meses** o de lo contrario fue al médico **sólo una vez en el último año**? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- ○ Fue decisión/indicación de mi proveedor médico
- ○ No sabía a dónde dirigirme
- ○ No pude conseguir una cita médica
- ○ No pude conseguir transporte para ir a mi(s) cita(s)
- ○ No pude conseguir quien cuidara mi(s) niño(s)
- ○ Estaba demasiado ocupado cuidando a un familiar /pareja
- ○ No podía pagar por el servicio
- ○ No quería que alguien supiera que tengo VIH
- ○ No estaba preparado para afrontar el hecho de tener VIH
- ○ No me sentí enfermo
- ○ No hay suficientes proveedores médicos en el área que resido
- ○ No pude tomar tiempo libre de mi trabajo
- ○ Me encontraba deprimido
- ○ Perdí mi(s) cita(s)/no pude asistir
- ○ Tuve una mala experiencia con el personal médico
- ○ No se ofrecían esos servicios en mi idioma
- ○ Me pusieron en lista de espera
- ○ No calificaba para los servicios
- ○ Mi carga viral estaba suprimida
- ○ No me recomendaron ningún proveedor médico
- ○ Otro motivo que no aparece en la lista (favor de especificar): _____

4. ¿En cuál de las siguientes localidades recibió usted atención médica relacionada con su condición de VIH **en los últimos 12 meses** (último año)? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

○ En el condado donde resido	De ser así, proseguir a la pregunta #6
○ En un condado diferente	De ser así, proseguir a la pregunta #5
○ En otro estado	De ser así, proseguir a la pregunta #5
○ En otro país	De ser así, proseguir a la pregunta #5

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

5. ¿Cuál fue la razón por la cual usted recibió asistencia médica en otro condado, estado o país diferente del que usted reside ahora? **(Favor de seleccionar todas las opciones que correspondan)**

   - ○ No existen proveedores de servicios médicos en el condado o estado donde resido
   - ○ Asuntos de confidencialidad
   - ○ Me siento más a gusto con un proveedor médico en otro condado, estado o país
   - ○ Los proveedores médicos en otro condado o estado me quedan más cerca de donde trabajo
   - ○ Me mudé de otro condado, estado o país en los últimos 12 meses
   - ○ Otro motivo que no aparece en la lista (favor de especificar): _____

6. ¿Con qué frecuencia toma usted sus medicamentos para el VIH? **(Seleccione una opción solamente)**

○ Nunca me recetaron medicamentos para el VIH	De ser así, proseguir a la pregunta #8
○ Siempre tomo mis medicamentos	De ser así, proseguir a la pregunta #8
○ La mayoría del tiempo tomo mis medicamentos	De ser así, proseguir a la pregunta #7
○ Nunca tomo mis medicamentos	De ser así, proseguir a la pregunta #7

7. ¿Por qué dejó de tomar alguna dosis de sus medicamentos para el VIH? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

   - ○ No me gusta como me hacen sentir mis medicamentos
   - ○ No me resulta conveniente el lugar donde debo recoger mis medicamentos
   - ○ Los medicamentos son demasiado caros
   - ○ No tengo ningún medicamento
   - ○ Me olvido de tomar mis medicamentos
   - ○ No cuento con una aplicación electrónica u otro recurso que me ayude a recordar cómo y cuándo debo tomar mis medicamentos
   - ○ Otro motivo que no aparece en la lista (favor de especificar): _____

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

8. Favor de seleccionar cuáles servicios usted utilizó o necesitó durante los **últimos 12 meses**. **Responda seleccionando sólo una opción por cada pregunta.**	No necesitaba este servicio	Necesitaba este servicio y pude obtenerlo	Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo
Visitas regulares al proveedor médico o clínica de VIH	O	O	O
Ayuda de un consejero de gestión de casos [trabajador social] para recibir varios servicios y seguimientos médicos	O	O	O
Medicamentos para el VIH y otros asuntos relacionados	O	O	O
Salud oral / bucal (cuidado dental, prótesis, cirugías, etc.)	O	O	O
Ayuda para pagar los costos o copagos del seguro privado	O	O	O
Asesoramiento profesional para la salud mental (terapia)	O	O	O
Asesoramiento / terapia profesional por el uso / mal uso de sustancias	O	O	O
Asesoramiento sobre nutrición para implementar hábitos de alimentación más saludables	O	O	O
Elegibilidad para acceder a otros servicios necesarios del Programa Ryan White (gestión de casos no medicos) [o trabajador social no medicos]	O	O	O
Servicios de atención médica en el hogar a través de una agencia profesional con licencia y certificada por el estado	O	O	O
Servicios de hospicio (servicios de enfermería y asesoramiento para enfermos en estado terminal y para sus familiares)	O	O	O
Bolsas de comida, certificados de comida para usar en el supermercado, servicios de comida a domicilio o de suplementos nutricionales	O	O	O
Ayuda de transportación para las citas médicas o para otros servicios relacionados con el VIH	O	O	O
Servicios de alcance comunitario (“outreach”) para personas con VIH que no reciben atención médica y para ayudarlas a recibir atención sanitaria, así como otros servicios	O	O	O
Educación sobre la salud y reducción de riesgos (educación general sobre bienestar y cómo prevenir el VIH)	O	O	O

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

8. Favor de seleccionar cuáles servicios usted utilizó o necesitó durante los **últimos 12 meses**. **Responda seleccionando sólo una opción por cada pregunta.**	No necesitaba este servicio	Necesitaba este servicio y pude obtenerlo	Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo
Servicios para referidos medicos no relacionados con el VIH	O	O	O
Asistencia limitada única o a corto plazo con cualquiera de los siguientes servicios: • medicamentos no cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) • pago de utilidades • vivienda • comida • transporte	O	O	O
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia para la visión limitada, etc.	O	O	O
Servicios de traducción y/o interpretación	O	O	O
Ayuda para asuntos legales relacionados con el VIH (un testamento, un testamento vital / en vida, pago mensual del Seguro Social por discapacidad (SSDI), etc.)	O	O	O
Tratamiento por uso/abuso de sustancias en un establecimiento o residencia (interno)	O	O	O
Tratamiento por uso/abuso de sustancias con carácter ambulatorio	O	O	O
Grupos de apoyo, apoyo a través de un compañero (apoyo entre pares) o un profesional, apoyo por luto (duelo), o asesoramiento pastoral	O	O	O
Vivienda de transición, vivienda por corto plazo o de ayuda de emergencia para prevenir la falta de vivienda (estar desamparado)	O	O	O
Servicio que no aparece en la lista (favor de especificar):	O	O	O

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

INFORMACIÓN GENERAL

9. ¿En qué código postal reside actualmente? _____

10. Sexo. **(Seleccione uno solamente)**:

- ○ Femenino
- ○ Masculino

11. ¿ Que edad tiene?

○ Entre 18 y 24 años	○ Entre 40 y 44 años	○ Entre 60 y 64 años
○ Entre 25 y 29 años	○ Entre 45 y 49 años	○ Entre 65 y 69 años
○ Entre 30 y 34 años	○ Entre 50 y 54 años	○ Entre 70 y 74 años
○ Entre 35 y 39 años	○ Entre 55 y 59 años	○ Más de 75 años
○ Prefiero no responder		

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

INFORMACIÓN FINANCIERA

12. ¿Qué tipo de seguro médico o cobertura de salud usted tiene actualemente? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

    - ○ Un plan de salud privado a través de un empleador (o a través del seguro médico de un familiar)
    - ○ Un plan de seguro médico que adquirió a través de un mercado de seguros de salud
    - ○ Medicaid (seguro de enfermedad para personas de bajos ingresos, discapacitadas, etc.)
    - ○ Medicare (seguro médico del estado)
    - ○ TRICARE (seguro médico para civiles, militares y familiares de las fuerzas armadas de los E.E. U.U.)
    - ○ Actualmente no tengo ningún seguro médico
    - ○ No lo sé
    - ○ El tipo de seguro médico que tengo no se encuentra en la lista (favor de especificar): _____

13. ¿En qué otro programa de ayuda financiera o de salud usted participa actualmente? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

    - ○ Ayuda del Programa Ryan White
    - ○ Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)
    - ○ Programa de ayuda/asistencia social locales
    - ○ Plan de salud del condado
    - ○ Programa de ayuda de la iglesia
    - ○ Ayuda para el copago de prescripciones médicas
    - ○ Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA)
    - ○ No estoy registrado en ningún programa de ayuda médica
    - ○ No lo sé
    - ○ Servicio no listado (favor de especificar): _____

14. ¿Cuántas personas viven actualmente en su vivienda, **incluyéndose usted**?

    _____

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

15. ¿Cuál fue el ingreso anual familiar el año pasado (antes de los impuestos)?

- ○ Menos de $15,000
- ○ $15,001-$30,000
- ○ $30,001-$60,000
- ○ $60,001-$100,000
- ○ Más de $100,000

EDUCACIÓN PARA PREVENCIÓN Y OTROS SERVICIOS RELACIONADOS

16. ¿Usted tiene conocimiento sobre otros medicamentos que existen para la prevención del VIH, como por ejemplo, el PreP, que se encuentran disponibles para su pareja, parejas sexuales, compañeros y otros miembros de su comunidad?

- ○ Sí
- ○ No

17. ¿Usted tiene conocimiento sobre otros tratamientos que se utiizan como métodos de prevención contra el VIH, como por ejemplo "Indetectable=Intransmisible (I=I)" (o por sus siglas en inglés U=U), y los medicamentos antiretrovirales inyectables (ARVs)?

- ○ Sí
- ○ No

18. **Durante el último año**, ¿usted se realizó la prueba de la Hepatitis C o de alguna otra enfermedad de transmisión sexual?

- ○ Sí - **De ser así, proseguir a la pregunta #19**
- ○ No - **De ser así, proseguir a la pregunta #20**

19. Si resultó positivo en la prueba de la Hepatitis C o de otra enfermedad de transmisión sexual, ¿recibió algún tratamiento?

- ○ Sí
- ○ No

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones? (Seleccione una sola opción para las preguntas 20 y 21)

20. Quienes me rodean saben cómo se transmite el VIH, cuáles son los métodos para prevenir la enfermedad y cuáles son los tratamientos disponibles.

- ○ Estoy firmemente en desacuerdo
- ○ No estoy de acuerdo
- ○ Estoy de acuerdo
- ○ Estoy firmemente de acuerdo

21. Los métodos de prevención están disponibles siempre que los necesite y quiera utilizarlos.

- ○ Estoy firmemente en desacuerdo
- ○ No estoy de acuerdo
- ○ Estoy de acuerdo
- ○ Estoy firmemente de acuerdo

REVELAR / MANIFESTAR / EXPONER SU CONDICIÓN DE VIH O ESTADO DE SALUD

¿Qué tan de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones? (Seleccione una sola opción para las afirmaciones 22 y 23)

22. En muchos entornos de mi vida, nadie sabe que tengo VIH.

- ○ Estoy firmemente en desacuerdo
- ○ No estoy de acuerdo
- ○ Estoy de acuerdo
- ○ Estoy firmemente de acuerdo

23. La actitud de la gente sobre el VIH me hace sentir peor conmigo mismo.

- ○ Estoy firmemente en desacuerdo
- ○ No estoy de acuerdo
- ○ Estoy de acuerdo
- ○ Estoy firmemente de acuerdo

24. ¿Alguna vez alguien ha revelado su condición de VIH sin su consentimiento previo?

- ○ Sí
- ○ No

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

SERVICIOS PARA PERSONAS EXCARCELADAS / RECIÉN SALIDAS DE PRISIÓN

25. ¿Estuvo usted en la cárcel o prisión **durante los últimos 12 meses**? **(Seleccione una sola opción)**

- ○ No — De ser así, proseguir a la pregunta #32
- ○ Sí, estuve en la cárcel — De ser así, proseguir a la pregunta #26
- ○ Sí, estuve en una prisión — De ser así, proseguir a la pregunta #26
- ○ Sí, estuve en la cárcel **y** en prisión — De ser así, proseguir a la pregunta #26

26. El personal de la cárcel o la prisión conocían de su condición de VIH?

- ○ No
- ○ Sí
- ○ No sé si lo sabían

27. ¿Alguna vez recibió atención médica por el VIH mientras estuvo en la cárcel o en prisión?

- ○ No - **De ser así, proseguir a la pregunta #28**
- ○ Sí - **De ser así, proseguir a la pregunta #29**

28. ¿Por qué no recibió atención médica por el VIH mientras estuvo en la cárcel o en prisión? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- ○ La atención médica relacionada con el VIH estaba disponible pero no me la ofrecieron
- ○ No revelé mi condición médica de VIH
- ○ La atención médica relacionada con el VIH no estaba disponible
- ○ No tenía ningún medicamento
- ○ Solicité atención médica relacionada con el VIH pero me la negaron
- ○ El motivo no aparece en la lista (favor de especificar): _____

29. Al salir de la cárcel/prisión, ¿Cuál de los siguientes servicios recibió? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- ○ Información sobre cómo encontrar vivienda
- ○ Un referido para ser atendido en una oficina de gestión de casos [trabajador social]
- ○ Un suministro de medicamentos para el VIH para llevar conmigo
- ○ Un referido para recibir atención médica

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

30. Al salir de la cárcel/prisión, ¿cuál de las siguientes opciones le impidió obtener los servicios para VIH que tanto necesitaba? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

    - ○ No aplica a mi caso – Pude recibir los servicios relacionados con el VIH que necesitaba para cuidar de mi salud después de mi liberación
    - ○ No tengo seguro médico debido a mi situación financiera
    - ○ No sabía hacia dónde dirigirme para buscar ayuda
    - ○ No quería que nadie supiera que tengo VIH
    - ○ Tenía problemas con las drogas y/o el alcohol
    - ○ Estaba teniendo problemas para encontrar proveedores médicos en que pudiera confiar
    - ○ No quería perder oportunidades de trabajo
    - ○ No tenía transportación para poder ir a las citas de los diferentes servicios
    - ○ Los servicios no se ofrecieron en mi idioma preferido
    - ○ No se indica un motivo (favor de especificar): _____

31. Desde que fue liberado de la cárcel/prisión, ¿cuál de las siguientes opciones le impide cuidar de su salud? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

    - ○ No aplica a mi caso – Nada me impide cuidar de mi salud
    - ○ No tengo vivienda estable o no poseo recursos financieros para pagar el alquiler y/o los servicios públicos (utilidades)
    - ○ No tengo una cama para dormir
    - ○ No tengo un sitio donde guardar mis medicamentos
    - ○ No tengo un teléfono para que se comuniquen conmigo o llamar para pedir ayuda
    - ○ Me preocupa no tener suficiente comida
    - ○ Tengo miedo que la gente se entere que tengo VIH
    - ○ No puedo alejarme de las drogas y/o el alcohol en mi vecindario
    - ○ Tengo un cónyuge o pareja abusivo
    - ○ Tengo compromisos familiares
    - ○ No se indica un motivo (favor de especificar): _____

Encuesta sobre las necesidades de atención y de servicios a personas con VIH en el 2025

32. ¿Cuál de las siguientes situaciones está experimentando usted o alguien que usted conozca con VIH? **(Seleccione todas las opciones que correspondan)**

    - ○ Inseguridad de la vivienda
    - ○ Inseguridad de alimentación
    - ○ Necesidad de un dentista
    - ○ Necesidad de terapia, recuperación, atención or tratamiento por uso / abuso / uso indebido de sustancias
    - ○ Necesidad de atención geriátrica o de servicios para mayores
    - ○ Necesidad de atención prenatal
    - ○ Necesidad de atención pediátrica
    - ○ No se indica un motivo (favor de especificar): _____ _____

33. ¿Qué más le gustaría compartir sobre su salud en relación con el VIH, el VIH en su comunidad o la atención médica para el VIH que recibe?

    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Fin de la Encuesta

¡Muchas gracias por su tiempo y por la cooperación brindada!

Revised