

República Dominicana

INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POBLACION
Y DESARROLLO (IEPD), DE PROFAMILIA

OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION
(ONAPLAN)

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

IDENTIFICACION					
LOCALIDAD/BARRIO _____	NUMERO DE AREA <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
AREA No.	PROVINCIA <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
PROVINCIA.	DIA MES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
FECHA DE COMIENZO DE VISITA AL AREA _____	DIA MES <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
FECHA DE TERMINO DE VISITA AL AREA _____	ENTREVISTADOR <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____					

PASE

COMENTARIOS:

SECCION 1B. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS MAS CERCANOS AL AREA O DENTRO DEL AREA.

	113 DISTANCIA EN KMTS. [a]	114 TRANSPORTE MAS COMUN [b]	115 TIEMPO PARA LLEGAR ALLI (EN MINUTOS)
A. EDUCACION			
1. ESCUELA PRIMARIA	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. ESCUELA SECUNDARIA/TECNICA	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. UNIVERSIDAD/CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B. SERVICIOS GENERALES			
1. OFICINA DE CORREOS	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. MERCADO (PLAZA) DE ALIMENTOS DIARIO	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. MERCADO (PLAZA) DE ALIMENTOS SEMANAL	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. CINE	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. TRANSPORTE PUBLICO	<input type="text"/> <input type="text"/> SI "00"	<input type="text"/> SI DISTAN- CIA = "00" P116	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CODIGOS: [a] 96 = 96+
00 = Menos de 1 km. o
está dentro del área
98 = No conoce

[b] CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC...1
MOTOCONCHO.....2
ANIMAL.....3
CAMINANDO.....4
OTRO5

COMENTARIOS:

SECCION 1C. PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DE SALUD EN LA COMUNIDAD

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
116	¿Está atendida esta localidad por un promotor de salud?	SI.....1 NO.....2	→ 119
117	¿Vive el promotor de salud en esta localidad?	SI.....1 NO.....2	→ 118
117a	¿Con qué frecuencia visita la localidad el promotor de salud?	NO. de VECES <input type="text"/> <input type="text"/> POR MES....1 AÑO....2	
118	¿Provee este promotor de la salud alguno de los siguientes servicios: a: Suero tomado de sobre, ya sea instrucciones o paquetes? b: Educación para la Salud? c: Pesar y medir los niños? d: Vacunaciones? f: Servicios de Planificación Familiar?	SRO: SI.....1 NO.....2 EDUCACION PARA LA SALUD: SI.....1 NO.....2 PESAR Y MEDIR NIÑOS: SI.....1 NO.....2 VACUNACIONES: SI.....1 NO.....2 PLANIFICACION FAMILIAR: SI.....1 NO.....2	
119	¿Existe un un puesto de distribución comunitaria de anticonceptivos que cubra este(a) barrio/localidad?	SI.....1 NO.....2	
120	¿EXISTE UN PROMOTOR O UN PUESTO DE DISTRIBUCION COMUNITARIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		→122
120a	¿De los siguientes métodos de planificación familiar, cuáles están disponibles a través de la promotora o del programa de distribución? a: Pastilla? b: Condón? c: Vaginales (espuma, tableta, jalea)?	PASTILLA SI.....1 NO.....2 CONDON: SI.....1 NO.....2 VAGINALES: SI.....1 NO.....2	

COMENTARIOS:

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
121	¿Cuántas promotoras de planificación familiar conoce usted que trabajen en esta área?	NO. DE PROMOTORAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.... <input type="text"/>	
122	¿Por quién son atendidas principalmente las mujeres cuando van a dar a luz?	MEDICO GENERAL.....1 GINECOLOGO/OBSTETRA.....2 ENFERMERA GRADUADA.....3 AUXILIAR DE ENFERMERIA.....4 PARTERA (COMADRONA).....5 OTRA6 (ESPECIFIQUE)	
123	¿Han habido campañas de salud en este(a) barrio/localidad durante el último año?	SI.....1 NO.....2	→A201
123a	¿Qué era lo que promovía la campaña de salud? (ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS CATEGORIAS QUE SE MENCIONEN)	VENTAJAS DE UNA LACTANCIA PROLONGADA.....a PROGRAMA EXTENSO DE VACUNACIONES.....b VENTAJAS DE LA REHIDRATACION ORAL.....c PREVENCION DEL SIDA.....d PREVENCION ABUSOS DE DROGAS.....e NUTRICION.....f SALUBRIDAD.....g CUIDADO PRENATAL.....h PLANIFICACION FAMILIAR.....i OTROj	

COMENTARIOS:

SECCION 2.

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

ENTREVISTADORA: Dentro de esta encuesta estamos visitando algunas instituciones de salud en todo el país y juntos podemos identificar aquellas instituciones en las cuales estoy interesado. Planeo visitar médicos particulares, farmacias, centros de salud, clínicas y hospitales.

- A. Cuál es el nombre o dirección del médico o del consultorio más cercano que suministra servicios particulares de salud a este(a) barrio/localidad?

- B. Cuál es el nombre de la farmacia o botica más cercana a este(a) barrio/localidad?

- C. Cuál es el nombre del centro de salud público (clínica rural o urbana periférica, policlínica, dispensario o centro sanitario) más cercano que provee servicios de salud a este(a) barrio/localidad?

- D. Cuál es el nombre de la clínica privada más cercana que suministra servicios de salud a este(a) barrio/localidad?

- E. Cuál es el nombre del hospital o subcentro de salud más cercano que suministra servicios de salud a este barrio/sector?

A. MEDICO PARTICULAR

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
A201	NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO PARTICULAR O DEL CONSULTORIO (COPIE DE LA HOJA DE LA PORTADA DE LA SECCION 2).	NOMBRE DE MEDICO PARTICULAR _____ _____ NO SE APLICA.....98	B201
A202	¿En dónde está localizado el consultorio de (NOMBRE DEL MEDICO PARTICULAR)?	DIRECCION _____ _____	
A203	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el consultorio? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS	A206
A204	¿Cuál es el tipo de transporte usado más frecuentemente para ir hasta el consultorio del médico particular?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	
A205	¿Cuánto tiempo toma para llegar donde (NOMBRE DEL CONSULTORIO DEL MEDICO PARTICULAR) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
A206	¿Provee (NOMBRE DEL CONSULTORIO O DEL MEDICO PARTICULAR) servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	B201
A207	¿Cuál es el nombre del médico particular o del consultorio más cercano a este(a) barrio/localidad que provee servicios de planificación familiar?	NOMBRE DEL MEDICO _____ _____ NO APLICA.....98	B201
A208	¿En dónde está localizado su consultorio?	DIRECCION _____ _____	
A209	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el consultorio? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS	B201
A210	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir hasta el consultorio del médico particular?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	
A211	¿Cuánto tiempo toma para llegar donde (NOMBRE DEL CONSULTORIO O DEL MEDICO PARTICULAR) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

LAS CASILLAS EN LA COLUMNA DE "PASE A" SE USARAN EN CASOS DE IDENTIFICACION ERRONEA.

COMENTARIOS:

B. FARMACIA

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
B201	NOMBRE DE LA FARMACIA (COPIE DE LA PORTADA DE LA SECCION 2).	NOMBRE DE LA FARMACIA _____ _____ NO APLICA.....98→C201	
B202	¿En dónde está localizada la farmacia (NOMBRE DE LA FARMACIA)?	DIRECCION _____ _____	
B203	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta la farmacia? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS →B206	<input type="text"/> <input type="text"/>
B204	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir a la farmacia?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	<input type="text"/>
B205	¿Cuánto tiempo toma para llegar a la farmacia (NOMBRE DE LA FARMACIA) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
B206	¿Vende la farmacia (NOMBRE DE LA FARMACIA) métodos anticonceptivos (de planificación familiar)?	SI.....1→C201 NO.....2 NO SABE.....8	
B207	¿Cuál es el nombre de la farmacia más cercana a este(a) barrio/localidad que vende métodos de planificación familiar?	NOMBRE DE LA FARMACIA _____ _____ NO APLICA.....98→C201	
B208	¿En dónde está localizada?	DIRECCION _____ _____	
B209	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta la farmacia? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS →C201	<input type="text"/> <input type="text"/>
B210	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir a la farmacia?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	<input type="text"/>
B211	¿Cuánto tiempo toma para llegar a la farmacia (NOMBRE DE LA FARMACIA) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

LAS CASILLAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA COLUMNA DE "PASE A", SE DEBEN USAR EN CASO DE IDENTIFICACION ERRONEA.

COMENTARIOS:

C. CENTRO DE SALUD

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
C201	ESPECIFIQUE EL TIPO:	CLINICA RURAL, URBANA O PERIFERICA...1 POLICLINICA.....2 CENTRO SANITARIO.....3 DISPENSARIO MEDICO.....4	
C201 (A)	¿NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD (COPIE DE LA HOJA DE LA PORTADA DE LA SECCION 2).	NOMBRE DE CENTRO DE SALUD _____ _____ NO APLICA.....98 →D201	
C202	¿En dónde está localizado el centro de salud (NOMBRE DEL CENTRO)	DIRECCION _____ _____	
C203	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el centro? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS →C206	<input type="text"/> <input type="text"/>
C204	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir al centro de salud?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO5	<input type="text"/>
C205	¿Cuánto tiempo toma para llegar al (NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
C206	¿Provee (NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD) servicios de planificación familiar?	SI.....1 →D201 NO.....2 NO SABE.....8	
C207	¿Cuál es el nombre del centro de salud más cercano a este(a) barrio/localidad que provee servicios de planificación familiar?	NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD _____ _____ NO APLICA.....98 →D201	
C208	¿En dónde está localizado?	DIRECCION _____ _____	
C209	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el centro? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS →D201	<input type="text"/> <input type="text"/>
C210	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir al centro de salud?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO5	<input type="text"/>
C211	¿Cuánto tiempo toma para llegar al (NOMBRE DE CENTRO DE SALUD) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

LAS CASILLAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA COLUMNA DE "PASE A" SE USARAN EN CASO DE IDENTIFICACION ERRONEA.

COMENTARIOS:

D. CLINICA PRIVADA

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
D201	NOMBRE DE LA CLINICA PRIVADA (COPIE DE LA HOJA DE LA PORTADA DE LA SECCION 2).	NOMBRE DE LA CLINICA _____ _____ NO SE APLICA.....98	E201
D202	¿En dónde está localizada la clínica (NOMBRE DE LA CLINICA)?	DIRECCION _____ _____	
D203	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta la clínica? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS	D206
D204	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir a la clínica?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	<input type="text"/>
D205	¿Cuánto tiempo toma llegar a la clínica (NOMBRE DE LA CLINICA) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
D206	¿Provee la clínica (NOMBRE DE LA CLINICA) servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	E201
D207	¿Cuál es el nombre de la clínica más cercana a este(a) barrio/localidad que provee servicios de planificación familiar?	NOMBRE DE LA CLINICA _____ _____ NO SE APLICA.....98	E201
D208	¿En dónde está localizada?	DIRECCION _____ _____	
D209	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta la clínica? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI MAS DE 30 KILOMETROS	E201
D210	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir a la clínica?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	<input type="text"/>
D211	¿Cuánto tiempo toma llegar a la clínica (NOMBRE DE LA CLINICA) usando este tipo de transporte?	HORAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

LAS CASILLAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA COLUMNA DE "PASE A" SE USARAN EN CASO DE IDENTIFICACION ERRONEA.

COMENTARIOS:

2-5

E. HOSPITAL O SUBCENTRO DE SALUD

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
E201	ESPECIFIQUE EL TIPO:	HOSPITAL.....1 SUBCENTRO DE SALUD.....2	
E201 (A)	NOMBRE DEL HOSPITAL O SUBCENTRO (COPIE DE LA HOJA DE LA PORTADA DE LA SECCION 2).	NOMBRE DEL HOSPITAL _____ NO APLICA.....98	213
E202	¿En dónde está localizado el hospital (NOMBRE DEL HOSPITAL)?	DIRECCION _____	
E203	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el hospital? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... SI MAS DE 30 KILOMETROS	E206
E204	¿Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para ir al hospital?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	
E205	¿Cuánto tiempo toma llegar al hospital (NOMBRE DEL HOSPITAL) usando este tipo de transporte?	HORAS..... MINUTOS.....	
E206	¿Suministra el hospital (NOMBRE DEL HOSPITAL) servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2 NO SABE.....8	E213
E207	¿Cuál es el nombre del hospital más cercano a este(a) barrio/localidad que provee servicios de planificación familiar?	NOMBRE DEL HOSPITAL _____ NO APLICA.....98	E213
E208	¿En dónde está localizado?	DIRECCION _____	
E209	¿Cuál es la distancia (kms.) de aquí hasta el hospital? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... SI MAS DE 30 KILOMETROS	E213
E210	¿Cuál es el tipo de transporte usado más frecuentemente para ir al hospital?	CARRO/GUAGUA/CAMIONETA/JEEP/ETC.....1 MOTOCONCHO.....2 ANIMAL.....3 CAMINANDO.....4 OTRO.....5	
E211	¿Cuánto tiempo toma para llegar al hospital (NOMBRE DEL hospital) usando este tipo de transporte?	HORAS..... MINUTOS.....	

EL TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD SOBRE LAS QUE SE PREGUNTARA EN ESTA SECCION SE DETERMINARAN DE ACUERDO CON LO CONVENIDO CON LAS AUTORIDADES DE SALUD EN CADA PAIS ESPECIFICO.
LAS CASILLAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA COLUMNA DE "PASE A" SE UTILIZAN PARA CASOS DE IDENTIFICACION ERRONEA.

COMENTARIOS:

IDENTIFICACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
213	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento o del proveedor de este(a) barrio/localidad, donde se puede conseguir la píldora?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
214	¿Cuál es la distancia (en kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
215	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento o del proveedor de este(a) barrio/localidad, donde se puede conseguir condones?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
216	¿Cuál es la distancia (en kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
217	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento o del proveedor de este(a) barrio/localidad, donde se puede conseguir inyecciones anticonceptivas?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
218	¿Cuál es la distancia (en kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
219	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento o del proveedor de este(a) barrio/localidad, donde se puede conseguir tabletas vaginales?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
220	¿Cuál es la distancia (kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
221	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento de este(a) barrio/localidad, donde se puede conseguir la inserción del DIU o aparatico?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
222	¿Cuál es la distancia (kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
223	¿Cuál es el nombre y/o dirección del establecimiento de este(a) barrio/localidad, donde se preparan (esterilizan) las mujeres?	NOMBRE/DIREC. DEL PROVEEDOR MAS CERCANO _____	
224	¿Cuál es la distancia (kms.) desde aquí? (ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM. O ESTA DENTRO DEL AREA. SI ES DE 1 A 95 KMS. ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN. SI LA DISTANCIA ES 96 O MAS KMS. ANOTE "96".)	KILOMETROS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

INFORMANTES DEL AREA

225.	
NOMBRE DEL INFORMANTE	TITULO/CARGO/OCUPACION
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
226. NUMERO TOTAL DE INFORMANTES EN ESTE AREA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

FINAL DE ENTREVISTA AL AREA

LISTA DE LAS INSTITUCIONES QUE SERAN VISITADAS			
INSTRUCCIONES: HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS INSTITUCIONES QUE SE MENCIONO ANTERIORMENTE, QUE ESTAN LOCALIZADAS EN UNA AREA DE 30 KMS DEL AREA. OBTENGA ESTA INFORMACION DE LAS PREGUNTAS A-E203 Y A-E209.			
NOMBRE Y TIPO DE INSTITUCION:	DISTANCIA DESDE EL AREA:	DIRECCION:	FECHA DE LA VISITA:
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____

SECCION 3. Fecha: _____ VISITA AL HOSPITAL O SUBCENTRO DE SALUD Nombre _____

EL HOSPITAL DEBE SER VISITADO SI ESTA LOCALIZADO DENTRO DE UNA DISTANCIA DE 30 KILOMETROS O MENOS. OBSERVE LAS INSTALACIONES EN EL MOMENTO DE LLEGAR Y COMPLETE LAS PREGUNTAS 300 - 302. LUEGO LOCALICE EN EL HOSPITAL A UNA PERSONA APROPIADA PARA RESPONDER A LAS DEMAS PREGUNTAS.

VISITA COMPLETA VISITA DE PF

SI ESTA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA PARA UN AREA DIFERENTE, REGISTRE EL NUMERO AQUI:
SI LA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA, NO ES NECESARIO HACER UNA SEGUNDA VISITA.

--	--	--	--	--	--

300	SI ESTA ES LA PRIMERA INSTITUCION QUE VISITA DESPUES DE LA VISITA AL AREA, REGISTRE LA DISTANCIA AL AREA CON EL ODOMETRO.	DISTANCIA DESDE EL AREA (KMS)..... NO ES LA PRIMERA INST. VISITADA..95	
301	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE DISTANCIA PARA LLEGAR AL HOSPITAL, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	
302	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE TIEMPO PARA LLEGAR AL HOSPITAL, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS POR UN REPRESENTANTE DEL HOSPITAL:

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
303	¿En qué año inauguraron el hospital (subcentro de salud)?	AÑO INAGURACION.....19	
304	¿Es este hospital (subcentro de Salud) del gobierno o pertenece a otra institución?	GOBERNAMENTAL.....1 PRIVADA SIN LUCRO/PATRONATO.....2 OTRO.....3	
305	¿Cuántas camas disponibles en total hay en este hospital subcentro de salud? De esas camas: ¿Cuántas son para obstetricia? ¿Cuántas son para pediatría?	TOTAL DE CAMAS..... CAMAS OBSTETRICIA..... CAMAS PEDIATRIA.....	
306	¿En promedio, cuántos pacientes externos (consultas) se atienden diariamente en este hospital?	NUMERO DE PACIENTES EXTERNOS SE ATIENDE DIARIAMENTE.....	
307	¿Cuántas personas trabajan como parte del personal regular de este hospital? Número de médicos generales o asistentes Número de médicos especialistas Número de médicos ginecoobstetra Número de médicos pediatras Número de médicos residentes Número de médicos pasantes Número de enfermeras auxiliares Número de enfermeras graduadas	NUMERO DE: MEDICOS GENERALES..... MEDICOS ESPECIALISTAS..... MEDICOS GINECOOBSTETRAS... MEDICOS PEDIATRAS..... MEDICOS RESIDENTES..... MEDICOS PASANTES..... ENFERMERAS AUXILIARES..... ENFERMERAS GRADUADAS.....	


COMENTARIOS:

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS		PASE A
308	¿Se usan generalmente agujas desechables en este hospital cuando se aplican inyecciones?	SI.....1 NO.....2		→310
309	¿Se han quedado sin provisión de agujas desechables por algún tiempo en este hospital en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→310
309A	¿Cuánto tiempo han estado sin agujas desechables en los últimos, 6 meses?	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>	
310	¿Cuál es el método más frecuentemente utilizado en este hospital, para la esterilización de instrumentos médicos?	ESTERILIZADOR ELECTRICO.....1 AUTOCLAVE.....2 HIRVIENDOLOS AL VAPOR.....3 OTRO.....4 NINGUNO.....		→312
311	¿Ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) en algún momento fuera de uso en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→312
311A	¿Cuánto tiempo ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) fuera de uso en los últimos 6 meses?	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>	
312	¿Tiene este hospital los siguientes servicios y equipos:	SI NO AGUA POTABLE.....1 2 LUZ ELECTRICA.....1 2 NEVERA.....1 2 PLANTA ELECTRICA PROPIA...1 2 TELEFONO O RADIO TRANSM...1 2 SALA DE OPERACIONES.....1 2 SALA PREPAR. MATERNIDAD...1 2 BANCO DE SANGRE.....1 2 MESA EXAMENES GINECOL.....1 2 LAMPARAS PARA EXÁMENES GINECOL....1 2 BALANZAS PARA PESAR NIÑOS.....1 2 APARATO PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL..1 2 HEMOGLOBINÓMETRO.....1 2 MICROSCOPIO.....1 2 PRUEBA PARA SIDA.....1 2		

COMENTARIO:

SERVICIOS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los servicios de maternidad y salud infantil disponibles en este hospital. HAGA LA P.313 PARA EL PRIMER SERVICIO. SI EL SERVICIO ESTA DISPONIBLE CONTINUE CON LAS PREGUNTAS 314 Y 315; EN CASO CONTRARIO, HAGA LA PREGUNTA SOBRE EL SIGUIENTE SERVICIO.

SERVICIO	313 ¿Tiene (SERVICIO) disponible?	314 Cuántos días a la semana hay (SERVICIO) disponible? [a]	315 ¿En qué año se ofreció por primera vez este servicio?
1 Cuidado prenatal	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Asistencia en el parto	SI.....1 NO.....2		19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Cuidado postparto o puerperio	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Vacunación infantil	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Citas para control del crecimiento y desarrollo del niño	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Unidad de terapia de rehidratación oral (URO)	SI.....1 NO.....2 316←	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

[a] 00 = Cuando un paciente solicita el servicio

COMENTARIOS:

DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS EN EL HOSPITAL:

Ahora quisiera preguntarle sobre la disponibilidad de medicinas en este hospital. HAGA LA P.317 PARA CADA MEDICINA DISPONIBLE. SI LA MEDICINA ESTA DISPONIBLE, HAGA LA P. 318. SI LA MEDICINA NO ESTA DISPONIBLE, CONTINUE CON LA SIGUIENTE MEDICINA.

MEDICINA	317 ¿Tiene (MEDICINA) disponible ahora?	318 ¿Se quedó en algún momento sin (MEDICINA) durante los últimos 6 meses?	318a ¿Cuánto tiempo estuvieron sin (MEDICINA)?	
1 Cloroquina/Quinina/Fansidar	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Mebendazor/Antiparasitarios	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Penicilina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Pastillas o jarabe de hierro	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Sales de rehidratación oral (SRO).	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Vacuna DPT (triple)	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 Vacuna contra el Polio	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 Vacuna contra el Tétanos	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 Vacuna contra Sarampión	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 Vacuna de BCG (para tuberculosis)	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

319 ←

319 ←

COMENTARIOS:

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
319	¿Tiene este hospital servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 324
320	¿Cuál es su posición o cargo aquí en este hospital?		→ 334

SI LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR SE OBTIENE DE OTRO ESTABLECIMIENTO, COMIENZE A HACER LA ENTREVISTA CON LA P.321.

321	¿En qué año inauguraron este hospital?	AÑO INAUGURARON.....19 <input type="text"/>	
322	¿Es este hospital (subcentro de salud) del gobierno o pertenece a otra institución?	GOVERNAMENTAL.....1 PRIVADA SIN LUCRO/PATRONATO.....2 OTRO.....3	
323	¿Tiene este hospital los siguientes servicios y equipos: Agua potable? Luz eléctrica? Planta eléctrica propia? Sala de operaciones en funcionamiento? Mesa para exámenes ginecológicos? Lámparas para exámenes ginecológicos? Aparato para medir la presión arterial?	SI NO AGUA POTABLE.....1 2 LUZ ELECTRICA.....1 2 PLANTA ELECTRICA PROPIA...1 2 SALA DE OPERACIONES.....1 2 MESA PARA EXAM.GINECOLOG..1 2 LAMPARAS-EXAM. GINECOLOG..1 2 APARATO PRESION ARTERIAL..1 2	
324	¿Con cuántas personas de las siguientes categorías de personal cuenta este hospital, para atender servicios de planificación familiar? Médicos? Enfermeras? Otros?	SI ¿CUANTOS? NO MEDICOS1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 ENFERMERAS1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 OTROS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2	

324a	COTEJE NUMERO DE MEDICOS EN P324: UNO O MAS <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/>	→326
------	--	------

325	¿Hay médicos capacitados para hacer operaciones de esterilización femenina?	SI.....1 NO.....2	
326	¿Hay personal capacitado para hacer inserciones de DIU?	SI.....1 NO.....2	
327	¿En promedio, a cuántos usuarios/usuarios nuevos(as) de planificación familiar atienden aquí semanalmente?	USUARIOS NUEVOS..... <input type="text"/>	
328	¿En promedio, cuántos usuarios/usuarios vienen aquí semanalmente para reabastecerse?	USUARIOS QUE SE REABASTECEN..... <input type="text"/>	

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los métodos de planificación familiar disponibles en este hospital. PREGUNTE SOBRE EL PRIMER METODO. SI SE CONSIGUE ESTE METODO EN EL HOSPITAL, RECORRA LA TABLA. SI NO SE CONSIGUE ESTE METODO EN EL HOSPITAL, CONTINUE CON EL METODO SIGUIENTE.

METODO	329 ¿Tiene (METODO) disponible?	330 ¿En qué año comenzó a ofrecer aquí por primera vez (EL METODO)?	331 ¿Cuántos días a la semana tiene (EL METODO) disponible? [a]	332 ¿Se ha agotado (EL METODO) en los últimos 6 meses?	332a ¿Durante cuánto tiempo estuvo agotado el (METODO)?
01 Pastillas o píldoras	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
02 DIU	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
03 Inyección	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
04 Condón	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
05 Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea)	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
06 Esterilización femenina	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07 Otros métodos	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
Especifique	333			333	

CODIGOS: [a] 00 = Cuando se solicita un método

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
333	¿Cuál es su posición o cargo aquí en este hospital?	<input type="text"/>	

LAS PREGUNTAS 334 Y 335 DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE QUE LA VISITA AL HOSPITAL SE HAYA COMPLETADO.

334	¿PARECIA QUE EL ENTREVISTADO TENIA SUFICIENTE INFORMACION?	SI.....1 NO.....2	
335	COMENTARIOS ADICIONALES:		

SECCION 4. Fecha: _____ VISITA A LA CLINICA Nombre de la Clínica _____

LA CLINICA DEBE SER VISITADO SI ESTA LOCALIZADO DENTRO DE UNA DISTANCIA DE 30 KILOMETROS O MENOS. OBSERVE LAS INSTALACIONES EN EL MOMENTO DE LLEGAR Y COMPLETE LAS PREGUNTAS 400 - 402. LUEGO LOCALICE EN LA CLINICA A UNA PERSONA APROPIADA PARA RESPONDER A LAS DEMAS PREGUNTAS.

SI ESTA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA PARA UN AREA DIFERENTE, REGISTRE EL NUMERO AQUI:
SI LA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA, NO ES NECESARIO HACER UNA SEGUNDA VISITA.

--	--	--	--	--	--

400	SI ESTA ES LA PRIMERA INSTITUCION QUE VISITA DESPUES DE LA VISITA AL AREA, REGISTRE LA DISTANCIA AL AREA CON EL ODOMETRO	DISTANCIA DESDE EL AREA (KMS)..... NO ES LA PRIMERA INST. VISITADA..95	
401	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE DISTANCIA PARA LLEGAR A LA CLINICA, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	
402	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE TIEMPO PARA LLEGAR AL CLINICA, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS POR UN REPRESENTANTE DEL CLINICA:

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
403	¿En qué año inauguraron la clínica?	AÑO INAGURACION.....19	
404	¿Pertenece (o está asociada) esta clínica a alguna institución?	SI.....1 NO.....2	→ 405
404A	¿A cuál institución pertenece?	PROFAMILIA.....1 ADOPLAFAM.....2 OTROS3 (ESPECIFIQUE)	
405	¿Cuántas camas disponibles en total hay en esta clínica? De esas camas: ¿Cuántas son para obstetricia? ¿Cuántas son para pediatría?	TOTAL DE CAMAS..... CAMAS OBSTETRICIA..... CAMAS PEDIATRIA.....	
406	¿En promedio, cuántos pacientes externos (consultas) se atienden diariamente en esta clínica?	NUMERO DE PACIENTES EXTERNOS SE ATIENDE DIARIAMENTE.....	
407	¿Cuántas personas trabajan como parte del personal regular de esta clínica? Número de médicos generales o asistentes Número de médicos especialistas Número de médicos ginecoobstetra Número de médicos pediatras Número de médicos residentes Número de médicos pasantes Número de enfermeras auxiliares Número de enfermeras graduadas	NUMERO DE: MEDICOS GENERALES..... MEDICOS ESPECIALISTAS..... MEDICOS GINECOOBSTETRAS... MEDICOS PEDIATRAS..... MEDICOS RESIDENTES..... MEDICOS PASANTES..... ENFERMERAS AUXILIARES..... ENFERMERAS GRADUADAS.....	


COMENTARIOS:

4-1

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS		PASE TO
408	¿Se usan generalmente agujas desechables en esta clínica cuando se aplican inyecciones?	SI.....1 NO.....2		→410
409	¿Se han quedado sin provisión de agujas desechables por algún tiempo en esta clínica en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→410
409A	¿Cuánto tiempo han estado sin agujas desechables en los últimos, 6 meses?	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>	
410	¿Cuál es el método más frecuentemente utilizado en esta clínica, para la esterilización de instrumentos médicos?	ESTERILIZADOR ELECTRICO.....1 AUTOCLAVE.....2 HIRVIENDOLOS AL VAPOR.....3 OTRO.....4 NINGUNO.....		→412
411	¿Ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) en algún momento fuera de uso en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→412
411A	¿Cuánto tiempo ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) fuera de uso en los últimos 6 meses?	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>	
412	¿Tiene esta clínica los siguientes servicios y equipos:	SI	NO	
	Agua potable?	AGUA POTABLE.....1	2	
	Luz eléctrica?	LUZ ELECTRICA.....1	2	
	Nevera?	NEVERA.....1	2	
	Planta eléctrica propia?	PLANTA ELECTRICA PROPIA...1	2	
	Teléfono o radio transmisor?	TELEFONO O RADIO TRANSM...1	2	
	Sala de operaciones en funcionamiento?	SALA DE OPERACIONES.....1	2	
	Sala de preparación de maternidad?	SALA PREPAR. MATERNIDAD...1	2	
	Banco de sangre?	BANCO DE SANGRE.....1	2	
	Mesa para exámenes ginecológicos?	MESA EXAMENES GINECOL....1	2	
	Lámparas para exámenes ginecológicos?	LAMPARAS-EXAM.GINECOL....1	2	
	Balanzas para pesar niños?	BALANZA PESA-NIÑOS.....1	2	
	Aparato para medir la presión arterial?	APARATO PRESION ARTERIAL..1	2	
	Hemoglobinómetro para diagnóstico de anemia?	HEMOGLOBINOMETRO.....1	2	
	Microscopio?	MICROSCOPIO.....1	2	
	Prueba para SIDA?	PRUEBA DE SIDA.....1	2	

SERVICIOS DISPONIBLES EN LA CLINICA:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los servicios de maternidad y salud infantil disponibles en esta clínica. HAGA LA P.413 PARA EL PRIMER SERVICIO. SI EL SERVICIO ESTA DISPONIBLE CONTINUE CON LAS PREGUNTAS 414 Y 415; EN CASO CONTRARIO, HAGA LA PREGUNTA SOBRE EL SIGUIENTE SERVICIO.

SERVICIO	413 ¿Tiene (SERVICIO) disponible?	414 Cuántos días a la semana hay (SERVICIO) disponible? [a]	415 ¿En qué año se ofreció por primera vez este servicio?
1 Cuidado prenatal	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Asistencia en el parto	SI.....1 NO.....2		19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Cuidado postparto	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Vacunación infantil	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Citas para control del crecimiento y desarrollo del niño	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Unidad de terapia de rehidratación oral	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

[a] 00 = Cuando un paciente solicita el servicio

COMENTARIOS:

4-3

DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS EN LA CLINICA:

Ahora quisiera preguntarle sobre la disponibilidad de medicinas en esta clínica. HAGA LA P.417 PARA CADA MEDICINA DISPONIBLE. SI LA MEDICINA ESTA DISPONIBLE, HAGA LA P. 418. SI LA MEDICINA NO ESTA DISPONIBLE, CONTINUE CON LA SIGUIENTE MEDICINA.

MEDICINA	417 ¿Tiene (MEDICINA) disponible ahora?	418 ¿Se quedó en algún momento sin (MEDICINA) durante los últimos 6 meses?	¿Cuánto tiempo estuvieron sin (MEDICINA)?	
1 Cloroquina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
2 Quinina/Fansidar/ Mebendazol/Antiparasitarios	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
3 Penicilina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
4 Pastillas de hierro	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
5 Sales de rehidratación oral (SRO).	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
6 Vacuna DPT	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
7 Vacuna contra el Polio	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
8 Vacuna contra el Tétanos	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
9 Vacuna contra Sarampión	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>
10 Vacuna de BCG	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/>	SEMANAS <input type="text"/>

419 ←

419 ←

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
419	¿Tiene esta clínica servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 424
420	¿Cuál es su posición o cargo aquí en esta clínica?	_____	→ 434

SI LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR SE OBTIENE DE OTRO ESTABLECIMIENTO, COMIENCE A HACER LA ENTREVISTA CON LA P.421.

421	¿En qué año inauguraron esta clínica?	AÑO INAUGURARON.....19		<div></div> <div></div>	
423	¿Tiene esta clínica los siguientes servicios y equipos: Agua potable? Luz eléctrica? Planta eléctrica propia? Sala de operaciones en funcionamiento? Mesa para exámenes ginecológicos? Lámparas para exámenes ginecológicos? Aparato para medir la presión arterial?	SI	NO		
		AGUA POTABLE.....1	2		
		LUZ ELECTRICA.....1	2		
		PLANTA ELECTRICA PROPIA...1	2		
		SALA DE OPERACIONES.....1	2		
		MESA PARA EXAM.GINECOLOG..1	2		
		LAMPARAS EXAM. GINECOLOG..1	2		
		APARATO PRESION ARTERIAL..1	2		
424	¿Con cuántas personas de las siguientes categorías de personal cuenta esta clínica, para atender servicios de planificación familiar? Médicos? Enfermeras? Otros?	SI	¿CUANTOS?	NO	
	Médicos?	MEDICOS1	<div></div> <div></div>	2	
	Enfermeras?	ENFERMERAS1	<div></div> <div></div>	2	
	Otros?	OTROS.....1	<div></div> <div></div>	2	

119	COTEJE MEDICOS EN P424: UNO O MAS <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/>	→426
-----	--	------

425	¿Hay médicos capacitados para hacer operaciones de esterilización femenina?	SI.....1 NO.....2	
426	¿Hay personal capacitado para hacer inserciones de DIU?	SI.....1 NO.....2	
427	¿En promedio, a cuántos usuarios/usuarios nuevos(as) de planificación familiar atienden aquí semanalmente?	USUARIOS NUEVOS..... <input type="text"/>	
428	¿En promedio, cuántos usuarios/usuarios vienen aquí semanalmente para reabastecerse?	USUARIOS QUE SE REABASTECEN..... <input type="text"/>	

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los métodos de planificación familiar disponibles en esta clínica. PREGUNTE SOBRE EL PRIMER METODO. SI SE CONSIGUE ESTE METODO EN LA CLINICA, RECORRA LA TABLA. SI NO SE CONSIGUE ESTE METODO EN LA CLINICA, CONTINUE CON EL METODO SIGUIENTE.

METODO	429 ¿Tiene (METODO) disponible?	430 ¿En qué año comenzó a ofrecer aquí por primera vez (EL METODO)?	431 ¿Cuántos días a la semana tiene (EL METODO) disponible? [a]	432 ¿Se ha agotado (EL METODO) en los últimos 6 meses?	432a ¿Durante cuánto tiempo estuvo agotado el (METODO)
01 <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
02 <input type="checkbox"/> DIU	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
03 <input type="checkbox"/> Inyección	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
04 <input type="checkbox"/> Condón	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
05 <input type="checkbox"/> Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea)	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
06 <input type="checkbox"/> Esterilización femenina	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07 <input type="checkbox"/> Otros métodos	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
Especifique 433				433	

CODIGOS:[a] 00 = Cuando se solicita un método

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
433	¿Cuál es su posición o cargo aquí en esta Clínica?	<input type="text"/>	

LAS PREGUNTAS 434 Y 435 DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE QUE LA VISITA AL CENTRO SE HAYA COMPLETADO.

434	¿PARECIA QUE EL ENTREVISTADO TENIA SUFICIENTE INFORMACION?	SI.....1 NO.....2	
435	COMENTARIOS ADICIONALES:		

EL CENTRO DE SALUD DEBE SER VISITADO SI ESTA LOCALIZADO DENTRO DE UNA DISTANCIA DE 30 KILOMETROS O MENOS. OBSERVE LAS INSTALACIONES EN EL MOMENTO DE LLEGAR Y COMPLETE LAS PREGUNTAS 500 - 502. LUEGO LOCALICE EN EL CENTRO DE SALUD A UNA PERSONA APROPIADA PARA RESPONDER A LAS DEMAS PREGUNTAS.

VISITA COMPLETA VISITA DE PF

SI ESTA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA PARA UN AREA DIFERENTE, REGISTRE EL NUMERO AQUI:
SI LA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA, NO ES NECESARIO HACER UNA SEGUNDA VISITA.

--	--	--	--	--	--	--	--

500	SI ESTA ES LA PRIMERA INSTITUCION QUE VISITA DESPUES DE LA VISITA AL AREA, REGISTRE LA DISTANCIA AL AREA CON EL ODOMETRO.	DISTANCIA DESDE EL AREA (KMS)..... NO ES LA PRIMERA INST. VISITADA..95	
501	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE DISTANCIA PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	
502	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE TIEMPO PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS POR UN REPRESENTANTE DEL CENTRO DE SALUD:

NO.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
503	¿En qué año inauguraron el Centro de Salud?	AÑO INAGURACION.....19	
504	¿Es este Centro de Salud del gobierno o pertenece a otra institución?	GOBERNAMENTAL.....1 PRIVADA SIN LUCRO/PATRONATO.....2 OTRO.....3	
505	¿Cuántas camas disponibles en total hay en este centro de salud? De esas camas: ¿Cuántas son para obstetricia? ¿Cuántas son para pediatria?	TOTAL DE CAMAS..... CAMAS OBSTETRICIA..... CAMAS PEDIATRIA.....	
506	¿En promedio, cuántos pacientes externos (consultas) se atienden diariamente en este Centro de Salud?	NUMERO DE PACIENTES EXTERNOS SE ATIENDE DIARIAMENTE.....	
507	¿Cuántas personas trabajan como parte del personal regular de este Centro de Salud? Número de médicos generales o asistentes Número de médicos especialistas Número de médicos ginecoobstetra Número de médicos pediatras Número de médicos residentes Número de médicos pasantes Número de enfermeras auxiliares Número de enfermeras graduadas	NUMERO DE: MEDICOS GENERALES..... MEDICOS ESPECIALISTAS..... MEDICOS GINECOOBSTETRAS... MEDICOS PEDIATRAS..... MEDICOS RESIDENTES..... MEDICOS PASANTES..... ENFERMERAS AUXILIARES..... ENFERMERAS GRADUADAS.....	
508	¿Se usan generalmente agujas desechables en este Centro de Salud cuando se aplican inyecciones?	SI.....1 NO.....2	→510
509	¿Se han quedado sin provisión de agujas desechables por algún tiempo en este Centro de Salud en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2	→510


COMENTARIOS:

5-1

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS		PASE TO
509A	¿Cuánto tiempo han estado sin agujas desechables en los últimos, 6 meses?	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
510	¿Cuál es el método más frecuentemente utilizado en este Centro de Salud para la esterilización de instrumentos médicos?	ESTERILIZADOR ELECTRICO.....1 AUTOCLAVE.....2 HIRVIENDOLOS AL VAPOR.....3 OTRO.....4 NINGUNO.....		→512
511	¿Ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) en algún momento fuera de uso en los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→512
511A	¿Cuánto tiempo ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) fuera de uso en los últimos 6 meses?	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
512	¿Tiene este Centro de Salud los siguientes servicios y equipos:	SI NO AGUA POTABLE.....1 2 LUZ ELECTRICA.....1 2 NEVERA.....1 2 PLANTA ELECTRICA PROPIA...1 2 TELEFONO O RADIO TRANSM...1 2 SALA DE OPERACIONES.....1 2 SALA PREPAR. MATERNIDAD...1 2 BANCO DE SANGRE.....1 2 MESA EXAMENES GINECOL.....1 2 LAMPARAS EXAM. GINECOL...1 2 BALANZA PESA-NIÑOS.....1 2 APARATO PRESION ARTERIAL..1 2 HEMOGLOBINOMETRO.....1 2 MICROSCOPIO.....1 2 PRUEBA DE SIDA.....1 2		

SERVICIOS DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los servicios de maternidad y salud infantil disponibles en este Centro de Salud. HAGA LA P.515 PARA EL PRIMER SERVICIO. SI EL SERVICIO ESTA DISPONIBLE CONTINUE CON LAS PREGUNTAS 514 Y 515; EN CASO CONTRARIO HAGA LA PREGUNTA SOBRE EL SIGUIENTE SERVICIO.

SERVICIO	513 ¿Tiene (SERVICIO) disponible?	514 Cuántos días a la semana hay (SERVICIO) disponible? [a]	515 ¿En qué año se ofreció por primera vez este servicio?
1 Cuidado prenatal	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Asistencia en el parto	SI.....1 NO.....2		19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Cuidado postparto	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Vacunación infantil	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Citas para control del crecimiento y desarrollo del niño	SI.....1 NO.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Unidad de terapia de rehidratación oral	SI.....1 NO.....2 516←	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[a] 00 = Cuando un paciente solicita el servicio
5-2

DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS EN EL CENTRO DE SALUD:

Ahora quisiera preguntarle sobre la disponibilidad de medicinas en este Centro de salud. HAGA LA P.517 PARA CADA MEDICINA DISPONIBLE. SI LA MEDICINA ESTA DISPONIBLE, HAGA LA P518. SI LA MEDICINA NO ESTA DISPONIBLE, CONTINUE CON LA SIGUIENTE MEDICINA.

MEDICINA	517 ¿Tiene (MEDICINA) disponible ahora?	518 ¿Se quedó en algún momento sin (MEDICINA) durante los últimos 6 meses?	¿Cuánto tiempo estuvieron sin (MEDICINA)?	
1 Cloroquina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Quinina/Fansidar/ Mebendazol/Antiparasitarios	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Penicilina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Pastillas de hierro	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Sales de rehidratación oral (SRO).	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Vacuna DPT	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 Vacuna contra el Polio	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 Vacuna contra el Tétanos	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 Vacuna contra Sarampión	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 Vacuna de BCG	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="checkbox"/>	SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

519 ←

519 ←

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
519	¿Tiene este Centro de Salud servicios de planificación Familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 524
520	¿Cuál es su posición o cargo aquí en este Centro de Salud?		→ 534

SI LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR SE OBTIENE DE OTRO ESTABLECIMIENTO, COMIENCE A HACER LA ENTREVISTA CON LA P.521.

521	¿En qué año inauguraron este Centro de Salud?	AÑO INAUGURARON.....19 <input type="text"/>	
522	¿Es este Centro de Salud del gobierno o pertenece a otra institución?	GOVERNAMENTAL.....1 PRIVADA SIN LUCRO/PATRONATO.....2 OTRO.....3	
523	¿Tiene este Centro de Salud los siguientes servicios y equipos: Agua potable? Luz eléctrica? Planta eléctrica propia? Sala de operaciones en funcionamiento? Mesa para exámenes ginecológicos? Lámparas para exámenes ginecológicos? Aparato para medir la presión arterial?	SI NO AGUA POTABLE.....1 2 LUZ ELECTRICA.....1 2 PLANTA ELECTRICA PROPIA...1 2 SALA DE OPERACIONES.....1 2 MESA PARA EXAM.GINECOLOG..1 2 LAMPARAS EXAM. GINECOLOG..1 2 APARATO PRESION ARTERIAL..1 2	
524	¿Con cuántas personas de las siguientes categorías de personal cuenta este Centro de Salud, para atender servicios de planificación familiar? Médicos? Enfermeras? Otros?	SI ¿CUANTOS? NO MEDICOS1 <input type="text"/> 2 ENFERMERAS1 <input type="text"/> 2 OTROS.....1 <input type="text"/> 2	→ 526

119	COTEJE MEDICOS EN P524: UNO O MAS <input type="text"/> NINGUNO <input type="text"/>	→526
-----	--	------

525	¿Hay médicos capacitados para hacer operaciones de esterilización femenina?	SI.....1 NO.....2	
526	¿Hay personal capacitados para hacer inserciones de DIU?	SI.....1 NO.....2	
527	¿En promedio, a cuántos usuarios/usuarias nuevos(as) de planificación familiar atienden aquí semanalmente?	USUARIOS NUEVOS..... <input type="text"/>	
528	¿En promedio, cuántos usuarios/usuarias vienen aquí semanalmente para reabastecerse?	USUARIOS QUE SE REABASTECEN..... <input type="text"/>	

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los métodos de planificación familiar disponibles en este Centro de Salud. PREGUNTE SOBRE EL PRIMER METODO. SI SE CONSIGUE ESTE METODO EN EL CENTRO DE SALUD, RECORRA LA TABLA. SI NO SE CONSIGUE ESTE METODO EN EL CENTRO, DE SALUD CONTINUE CON EL METODO SIGUIENTE.

METODO	529 ¿Tiene (METODO) disponible?	530 ¿En qué año comenzó a ofrecer aquí por primera vez (EL METODO)?	531 ¿Cuántos días a la semana tiene (EL METODO) disponible? [a]	532 ¿Se ha agotado (EL METODO) en los últimos 6 meses?	532a ¿Durante cuánto tiempo estuvo agotado el (METODO)
01 <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
02 <input type="checkbox"/> DIU	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
03 <input type="checkbox"/> Inyección	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
04 <input type="checkbox"/> Condón	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
05 <input type="checkbox"/> Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea)	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
06 <input type="checkbox"/> Esterilización femenina	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07 <input type="checkbox"/> Otros métodos	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
Especifique	533			533	

CODIGOS: [a] 00 = Cuando se solicita un método

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
533	¿Cuál es su posición o cargo aquí en este Centro de Salud?		

LAS PREGUNTAS 534 Y 535 DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE QUE LA VISITA AL CENTRO SE HAYA COMPLETADO.

534	¿PARECIA QUE EL ENTREVISTADO TENIA SUFICIENTE INFORMACION?	SI.....1 NO.....2	
535	COMENTARIOS ADICIONALES:		

SECCION 6. Fecha: _____

VISITA A LA FARMACIA

Nombre de la farmacia _____

LA FARMACIA DEBE SER VISITADA SI ESTA LOCALIZADA DENTRO DE UNA DISTANCIA DE 30 KILOMETROS O MENOS. OBSERVE LAS INSTALACIONES EN EL MOMENTO DE LLEGAR Y COMPLETE LAS PREGUNTAS 600 - 602. LUEGO LOCALICE EN LA FARMACIA A UNA PERSONA APROPIADA PARA RESPONDER A LAS DEMAS PREGUNTAS.

VISITA COMPLETA VISITA PF

SI ESTA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA PARA UN AREA DIFERENTE, REGISTRE EL NUMERO AQUI:
SI LA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA, NO ES NECESARIO HACER UNA SEGUNDA VISITA.

--	--	--	--	--	--

600	SI ESTA ES LA PRIMERA INSTITUCION QUE VISITA DESPUES DE LA VISITA AL AREA, REGISTRE LA DISTANCIA AL AREA CON EL ODOMETRO.	DISTANCIA DESDE EL AREA (KMS)..... NO ES LA PRIMERA INST. VISITADA..95	
601	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE DISTANCIA PARA LLEGAR A LA FARMACIA, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	
602	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE TIEMPO PARA LLEGAR A LA FARMACIA, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3	

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS POR UN REPRESENTANTE DE LA FARMACIA:

603	¿Cuántas horas al día está abierta la farmacia?	HORAS POR DIA.....																
604	¿Cuántos días a la semana está abierta la farmacia?	DIAS POR SEMANA.....																
606	¿Cuenta la farmacia con los siguientes servicios y equipos y que estén funcionando adecuadamente? Agua potable? Luz eléctrica? Teléfono o radio transmisor? Nevera?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>AGUA POTABLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LUZ ELECTRICA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEFONO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NEVERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	AGUA POTABLE.....	1	2	LUZ ELECTRICA.....	1	2	TELEFONO.....	1	2	NEVERA.....	1	2	
	SI	NO																
AGUA POTABLE.....	1	2																
LUZ ELECTRICA.....	1	2																
TELEFONO.....	1	2																
NEVERA.....	1	2																
607	¿En qué año inauguraron la farmacia?	AÑO QUE INAUGURARON.....19																

DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS EN LA FARMACIA:

Ahora quisiera preguntarle sobre la disponibilidad de medicinas en esta farmacia. HAGA LA P.608 PARA CADA MEDICINA DISPONIBLE. SI LA MEDICINA ESTA DISPONIBLE, CONTINUE EN LA TABLA. SI LA MEDICINA NO ESTA DISPONIBLE, CONTINUE CON LA SIGUIENTE MEDICINA.

MEDICINA	608 ¿Tiene (MEDICINA) disponible ahora?	609 ¿Se quedó en algún momento sin (MEDICINA) durante los últimos 6 meses?	610 ¿Cuánto tiempo estuvieron sin (MEDICINA)?	610a ¿Vende alguna marca de mercado social de (MEDICINA)
1 Cloroquina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 610a←	MESES SEMANAS □ □	SI.....1 NO.....2
2 Quinina/Fansidar/ Mebendazol/ Antiparasitarios	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 610a←	MESES SEMANAS □ □	SI.....1 NO.....2
3 Penicilina	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 610a←	MESES SEMANAS □ □	SI.....1 NO.....2
4 Pastillas de hierro	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 610a←	MESES SEMANAS □ □	SI.....1 NO.....2
5 Sales de rehidratación oral (SRO).	SI.....1 NO.....2 611←	SI.....1 NO.....2 610a←	MESES SEMANAS □ □	SI.....1 NO.....2

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
611	¿Se vende en esta farmacia métodos de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 616
612	¿Cuál es su posición o cargo en esta farmacia?		→ 620

SI LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR SE OBTIENE DE OTRO ESTABLECIMIENTO, COMIENZE A HACER LA ENTREVISTA CON LA P.613 DEL CUESTIONARIO.

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
613	¿Cuántas horas a por día está abierta la farmacia?	HORAS POR SEMANA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
614	¿Cuántos días a la semana está abierta la farmacia?	DIAS POR SEMANA..... <input type="text"/>	
615	¿En qué año inauguraron la farmacia?	AÑO INAUGURACION.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>	

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los métodos de planificación familiar disponibles en esta farmacia. PREGUNTARLE SOBRE EL PRIMER METODO. SI SE CONSIGUE ESTE METODO EN LA FARMACIA, RECORRA LA TABLA. SI NO SE CONSIGUE ESTE METODO EN LA FARMACIA, CONTINUE CON EL METODO SIGUIENTE.

METODO	616 ¿Tiene (METODO) disponible?	617 ¿Se ha agotado (METODO) en los últimos 6 meses?	618 ¿Durante cuánto tiempo estuvo agotado el (METODO)	618a ¿Vende usted una marca de mercadeo social de (MARCA ESPECIFICADA):
01 <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 618a←	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	PILDORAS MICROGYNON SI.....1 NO.....2
02 <input type="checkbox"/> DIU	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 618a←	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
04 <input type="checkbox"/> Condón	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 618a←	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	CONDON PROTECTOR SI.....1 NO.....2
05 <input type="checkbox"/> Métodos Vaginales (tabletas, espuma, jalea)	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 618a←	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
07 <input type="checkbox"/> Otros métodos	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2 618a←	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	
Especifique	619←	618a←		

CODIGOS [a]: 00 = CUANDO SE SOLICITA UN METODO

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
619	¿Cuál es su posición o cargo aquí?	_____	
LAS PREGUNTAS 620 Y 621 DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE QUE LA VISITA A LA FARMACIA SE HA COMPLETADO.			
620	¿PARECIA QUE EL ENTREVISTADO TENIA SUFICIENTE INFORMACION?	SI.....1 NO.....2	
621	COMENTARIOS ADICIONALES:		

6-3

SECCION 7. Fecha: _____ VISITA AL CONSULTORIO DEL MEDICO PARTICULAR Nombre _____

EL MEDICO PARTICULAR DEBE VISITARSE SI SU CONSULTORIO ESTA LOCALIZADO DENTRO DE UNA DISTANCIA DE 30 KILOMETROS O MENOS. OBSERVE LAS INSTALACIONES EN EL MOMENTO DE LLEGAR Y COMPLETE LAS PREGUNTAS 700 A 702. LUEGO LOCALICE EN EL CONSULTORIO A UNA PERSONA APROPIADA PARA RESPONDER A LAS DEMAS PREGUNTAS.

VISITA COMPLETA VISITA PF

SI ESTA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA PARA UN AREA DIFERENTE, REGISTRE EL NUMERO AQUI:
SI LA INSTALACION YA HA SIDO VISITADA, NO ES NECESARIO HACER UNA SEGUNDA VISITA.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

700	SI ESTA ES LA PRIMERA INSTITUCION QUE VISITA DESPUES DE LA VISITA AL AREA, REGISTRE LA DISTANCIA AL AREA CON EL ODOMETRO.	DISTANCIA DESDE EL AREA (KMS)..... NO ES LA PRIMERA INST. VISITADA..95	<input type="text"/>	<input type="text"/>
701	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE DISTANCIA PARA LLEGAR HASTA EL MEDICO PARTICULAR, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3		
702	CREE USTED QUE LA ESTIMACION DE TIEMPO PARA LLEGAR HASTA EL MEDICO PARTICULAR, MENCIONADA EN EL AREA HA SIDO RAZONABLE?	RAZONABLE.....1 SOBREESTIMADA.....2 SUBESTIMADA.....3		

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS POR UN REPRESENTANTE DEL CONSULTORIO MEDICO:

703	¿Cuántas consultas aproximadamente atiende diariamente el médico?	NUMERO DE PACIENTES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
703A	¿Está este consultorio asociado a alguna institución?	SI.....1 NO.....2		→ 704
703B	¿A cuál institución?	PROFAMILIA.....1 ADOPLAFAM.....2 OTROS.....3 (ESPECIFIQUE)		
704	¿Cuántas horas al día atiende el médico en este consultorio?	HORAS AL DIA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
705	¿Cuántos días por semana atiende el médico a los pacientes en este consultorio?	DIAS POR SEMANA.....	<input type="text"/>	
706	¿En qué año comenzó a atender el médico en este consultorio?	AÑO.....19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
707	¿Utilizan agujas desechables cuando aplican inyecciones en este consultorio?	SI.....1 NO.....2		→ 709
708	¿Se han quedado en algún momento sin agujas desechables en el consultorio durante los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→ 709
708A	¿Cuánto tiempo han estado sin agujas desechables en los últimos 6 meses?	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
709	¿Cuál es el método más frecuentemente utilizado en este consultorio para la esterilización de instrumentos médicos?	ESTERILIZADOR ELECTRICO.....1 AUTOCLAVE.....2 HIRVIENDO AL VAPOR.....3 OTRO.....4 NINGUNO.....5		→ 711
710	¿Ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) fuera de uso en algún momento durante los últimos 6 meses?	SI.....1 NO.....2		→ 711
710A	¿Cuánto tiempo ha estado el (EQUIPO DE ESTERILIZACION) fuera de uso en los últimos 6 meses?	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
711	¿Tiene este consultorio los siguientes servicios y equipos?: Agua potable? Luz eléctrica? Banco de sangre? Nevera? Mesa para exámenes ginecológicos? Lámparas para exámenes ginecológicos? Balanzas para pesar niños? Aparato para medir la presión arterial? Hemoglobímetro para diagnóstico de anemia? Microscopio? Prueba del SIDA?	SI NO AGUA POTABLE.....1 2 LUZ ELECTRICA.....1 2 BANCO DE SANGRE.....1 2 NEVERA.....1 2 MESA PARA EXAM. GINECOL...1 2 LAMPARAS EXAM. GINECOL....1 2 BALANZA PESAR NIÑOS.....1 2 APARATO PRESION ARTERIAL..1 2 HEMOGLOBINOMETRO.....1 2 MICROSCOPIO.....1 2 PRUEBA DE SIDA.....1 2	
712	¿Atiende el doctor a pacientes que requieran servicios de: Cuidado Pre-natal Atención en el parto Cuidado después del parto Vacunación infantil Control del crecimiento y desarrollo del niño	SI NO CUIDADO PRE-NATAL.....1 2 ATENCION EN EL PARTO.....1 2 ATENCION POS-NATAL.....1 2 VACUNACION INFANTIL.....1 2 CONTROL DEL CRECIM. NIÑO..1 2	
713	¿Provee el médico algunas medicinas?	SI.....1 NO.....2	

DISPONIBILIDAD DE MEDICINAS EN EL CONSULTORIO

Ahora quisiera preguntarle sobre la disponibilidad de medicinas con este doctor. HAGA LA P.714 PARA CADA MEDICINA DISPONIBLE. SI LA MEDICINA ESTA DISPONIBLE, HAGA LA P.715. SI LA MEDICINA NO ESTA DISPONIBLE, CONTINUE CON LA SIGUIENTE MEDICINA.

MEDICINA	714 ¿Tiene (MEDICINA) disponible ahora?	715 ¿Se quedó en algún momento sin (MEDICINA) durante los últimos 6 meses?	715A ¿Cuánto tiempo estuvieron sin (MEDICINA)?
1 Sales de rehidratación oral (SRO).	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Vacuna DPT	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Vacuna contra el Polio	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Vacuna contra el Tétanos	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Vacuna contra Sarampión	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Vacuna de BCG	SI.....1 NO.....2	SI.....1 NO.....2	MESES SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
	716 ←	419 ←	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
716	¿Provee este médico servicios de planificación familiar?	SI.....1 NO.....2	→ 721
717	¿Cuál es su posición o cargo aquí en el consultorio?		→ 729

SI LA INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR SE OBTIENE DE UN SEGUNDO DOCTOR, COMIENZE LA ENTREVISTA CON LA P.718.

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
718	¿Cuántas horas al día atiende pacientes el médico en este consultorio?	HORAS POR DIA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
719	¿Cuántos días a la semana atiende pacientes el médico en este consultorio?	DIAS POR SEMANA..... <input type="text"/>	
720	¿En qué año comenzó a ver el médico pacientes en este consultorio?	AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	¿Está capacitado el médico para realizar procedimientos de esterilización femenina?	SI.....1 NO.....2	
722	¿Está el médico capacitado para realizar inserciones de DIU?	SI.....1 NO.....2	

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ahora quisiera preguntarle acerca de los métodos de planificación familiar disponibles del consultorio del médico. PREGUNTE SOBRE EL PRIMER METODO. SI SE CONSIGUE ESTE METODO DEL MEDICO, RECORRA LA TABLA. SI NO SE CONSIGUE EL METODO DEL MEDICO, CONTINUE CON EL METODO SIGUIENTE.

METODO	723 ¿Tiene (METODO) disponible?	724 ¿En qué año comenzó a ofrecer aquí por primera vez (EL METODO)?	725 ¿Cuántos días a la semana tiene (EL METODO) disponible? [a]	726 ¿Se ha agotado (EL METODO) en los últimos 6 meses?	726a ¿Durante cuánto tiempo estuvo agotado el (METODO)
01 <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
02 <input type="checkbox"/> DIU	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
03 <input type="checkbox"/> Inyección	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
04 <input type="checkbox"/> Condón	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
05 <input type="checkbox"/> Métodos Vaginales (tabletas, espuma, jalea)	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
06 <input type="checkbox"/> Esterilización femenina	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07 <input type="checkbox"/> Otros métodos	SI.....1 NO.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	SI.....1 NO.....2	MESES <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>
Especifique	727 <input type="text"/>			727 <input type="text"/>	

No.	PREGUNTAS	CODIGOS Y CATEGORIAS	PASE A
727	¿En promedio, cuántos usuarios de planificación familiar, visitan mensualmente el consultorio del médico, para abastecerse de métodos anticonceptivos?	NUMERO MENSUAL DE PACIENTES PARA SERVICIOS DE PF.....	
728	¿Cuál es su posición o cargo aquí?		
LAS PREGUNTAS 729 Y 730 DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE QUE LA VISITA AL CONSULTORIO SE HA COMPLETADO.			
729	¿PARECIA QUE EL ENTREVISTADO TENIA SUFICIENTE INFORMACION?	SI.....1 NO.....2	
730	COMENTARIOS ADICIONALES:		

7-4