

Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) El Salvador 2011

Módulo 2A de salud materna e infantil

Para todas las mujeres miembros del hogar entre 15 a 49 años de edad

Identificación del Hogar		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER
Segmento	Número de Hogar	

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	DIRECCIÓN DEL HOGAR		TELÉFONO CELULAR

ENTREVISTADOR	CODIGO	VISITA 1			VISITA 2			VISITA 3			RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA	ENTREVISTA COMPLETADA	01
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			
												LA PERSONA RECHAZÓ LA ENTREVISTA	03
												MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES	04
												VIVIENDA DESOCUPADA	05
												DIRECCIÓN DEL HOGAR NO ENCONTRADA	06
												OTRO MIEMBRO DEL HOGAR RECHAZÓ LA ENTREVISTA	07
												OTRO, PRECISAR	97

TOTAL VISITAS	
---------------	--

SUPERVISOR	CODIGO	DÍA	MES	AÑO	OPERADOR CAPTURA	CODIGO	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN DE CONTROL			
NÚMERO DE MIEMBROS	HORA DE INICIO		
	HORA	MN	
	HORA DE TÉRMINO		
	HORA	MN	
¿A qué hogar reemplaza?			
SEGMENTO	HOGAR		
¿A qué hogar reemplaza?			
SI	1		
NO	2		

Capítulo 1: Antecedentes de la encuestada

(1.01) ¿En qué mes y año nació usted?

MES: AÑO:

ENTREVISTADOR: SI EL INFORMANTE REPORTA UN AÑO DE NACIMIENTO ANTES DE 1961 Y DESPUÉS DE 1996 NO ES ELEGIBLE

N/S -98 N/R -99

SI NO SABE O NO RESPONDIO PREGUNTE:

(1.02) ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

AÑOS CUMPLIDOS:

ENTREVISTADOR: SI EL INFORMANTE REPORTA UNA EDAD MENOR A 15 O MAYOR QUE 49 AÑOS NO ES ELEGIBLE, FINALICE Y AGRADEZCA

(1.03) ¿Ha asistido a la escuela o hizo el curso de alfabetización alguna vez?

SI 1
NO 2 ► (1.06)
Curso de Alfabetización 3 ► (1.06)
N/S 98 ► (1.06)
N/R 99 ► (1.06)

(1.04) ¿Cuál es el nivel de educación más alto que cursó: escuela primaria, escuela secundaria, universidad o curso de alfabetización?

PRIMARIA 1
SECUNDARIA 2
UNIVERSIDAD 3
Curso de Alfabetización 4 ► 1.06
N/S 98 ► 1.06
N/R 99 ► 1.06

(1.05) ¿Cuál es el grado/año más alto que completó en ese nivel?

N/S 98 N/R 99 GRADO/AÑO MÁS ALTO:

(1.06) Ahora, me gustaría que lea esta frase en voz alta:

ENTREVISTADOR: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA, SI LA ENCUESTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE, PREGUNTE:

¿Puede leer alguna parte de la frase en voz alta?

NO PUEDE LEER EN ABSOLUTO 1 ► 1.08
PUEDE LEER SÓLO ALGUNAS PARTES DE LA FRASE 2
PUEDE LEER TODA LA FRASE 3
NO VIDENTE O CON DEFICIENCIA DE LA VISTA 4 ► 1.08
NO LEE, N/R 99 ► 1.08

(1.07) ¿Lee usted un periódico o revista por lo menos una vez por semana, menos de una vez por semana, o nunca?

POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA 1
MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2
NUNCA 3
N/S 98
N/R 99

(1.08) ¿Escucha usted la radio por lo menos una vez por semana, menos de una vez por semana, o nunca?

UNA VEZ POR SEMANA O MÁS 1
MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2
NUNCA 3
N/S 98
N/R 99

(1.09) ¿Mira usted televisión por lo menos una vez por semana, menos de una vez por semana, o nunca?

UNA VEZ POR SEMANA O MÁS 1
MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 2
NUNCA 3
N/S 98
N/R 99

(1.10) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su trabajo la semana pasada...?

Realicé trabajo por el que me pagan 1
Tengo trabajo, pero estuve sin trabajar la semana pasada 2 ► (1.12)
Mi principal ocupación es la de estudiante 3 ► (1.12)
Mi principal ocupación es la de Ama de casa 4 ► (1.12)
No he trabajado, soy Jubilada 5 ► (1.12)
No puede trabajar debido a una discapacidad 6 ► (1.12)
N/S 98 ► (1.12)
N/R 99 ► (1.12)

(1.11) ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su rol en el trabajo que realizó, la semana pasada...?

LEA TODAS LAS OPCIONES
Empleada 1
Empleadora 2
Propietaria 3
Empleada independiente 4
Trabajadora sin salario (aprendiz) 5
N/S 98
N/R 99

(1.12) Muy bien, entonces es... [PROPORCIONE SU RESPUESTA EN EL LA PREGUNTA 1.10]. Además de eso, la semana pasada ¿hizo algo de lo siguiente...? LEA TODAS LAS OPCIONES

Ayudar en un negocio familiar 1
Elaborar productos (por ej., artesanías, comidas) 2
Vender productos (por ej., artesanías, comidas) 3
Ayudar en el trabajo agrícola o en la cría de animales 4
Desarrollar cualquier otra actividad a cambio de pago (por ejemplo: limpieza, lavar ropa, planchar) 5
Ninguna de las opciones anteriores 6
N/S 98
N/R 99

REGISTRE HASTA TRES ACTIVIDADES SECUNDARIAS

Capítulo 2: Acceso a la atención médica

(2.01) ¿Está cubierta por algún seguro médico?

SI

NO

N/S

N/R

1

2

98

99

(2.02) ¿Alguna de las siguientes razones impidió que usted o su familia tenga asesoría o tratamiento médico? **RM**

MARQUE CON UNA "X" TODAS LAS QUE APLIQUEN		
01	Demasiado caro	
02	Demasiado lejos	
03	No pude conseguir transporte	
04	La estructura del establecimiento no es muy buena	
05	El establecimiento no tiene suficientes medicamentos	
06	El establecimiento está mal equipado	
07	El personal es pesado	
08	El personal no tiene conocimientos suficientes	
09	No confío en el personal del establecimiento	
10	Necesitaba permiso para ir y no me lo dieron	
11	Necesitaba o quería ir acompañada y nadie me acompañó	
12	Estaba ocupada trabajando, al cuidado de los niños	
97	Otro	
98	N/S	
99	N/R	

(2.03) La última vez que usted recibió una inyección de un trabajador de salud, ¿sacó esta persona la jeringa y aguja de un paquete nuevo y sin abrir?

SI

NO

N/S

N/R

1

2

98

99

(2.04) ¿A qué distancia se encuentra el establecimiento médico más cercano de su hogar?

N/S

N/R

98

99

(2.05) ¿Cuánto tiempo le toma llegar allá?

N/S

N/R

98

99

horas

minutos

Capítulo 3: Estado de salud actual

(3.01) Pensando en los últimos 30 días ¿diría usted que su salud ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala?

EXCELENTE

MUY BUENA

BUENA

REGULAR

MALA

N/S

N/R

1

2

3

4

5

98

99

(3.02) ¿Diría usted que su salud ahora es en general mejor, peor o aproximadamente igual que hace 12 meses?

MEJOR

PEOR

APROXIMADAMENTE IGUAL

N/S

N/R

1

2

3

98

99

(3.03) Teniendo en cuenta su salud, ¿diría usted que puede desarrollar sus actividades diarias, tales como trabajar, hacer tareas de la casa o cuidar a sus hijos....

Fácilmente

Con algo de dificultad

Con mucha dificultad

No las puede realizar

N/S

N/R

1

2

3

4

98

99

(3.04) En las últimas 2 semanas, ¿ha estado enferma en algún momento?

SI

NO

N/S

N/R

1

2

98

99

► CAPÍTULO 4

► CAPÍTULO 4

► CAPÍTULO 4

(3.05) ¿Qué problema de salud tuvo principalme **RU**

SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE: De esas ¿cuál es la principal?

FIEBRE

MALARIA

TOS/INFECCIÓN DEL TÓRAX

TUBERCULOSIS

ASMA

BRONQUITIS

PULMONÍA

DIARREA SIN SANGRE

DIARREA CON SANGRE

DIARREA CON VÓMITOS

VÓMITOS

DOLOR ABDOMINAL

ANEMIA

ERUPCIÓN/INFECCIÓN DE LA PIEL

INFECCIÓN DE OJOS/OÍDOS

SARAMPIÓN

ICTERICIA - PIEL AMARILLA

DOLOR DE CABEZA

DOLOR DE MUELAS

APOPLEJIA (PARÁLISIS EN MIEMBROS INFERIORES)

HIPERTENSIÓN

DIABETES

VIH/SIDA

PARÁLISIS (PARÁLISIS EN MIEMBROS SUPERIORES)

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

PROBLEMAS OBSTÉTRICOS

OTROS

N/S

N/R

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

97

98

99

(3.06) ¿Hace cuánto tiempo empezaron los síntomas – enfermedad [MENCIONAR EL PADECIMIENTO EN LA RESPUESTA 3.5]?**ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UN MES, INDIQUE SEMANAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE DÍAS.**

DÍAS:

SEMANAS:

MESES:

Capítulo 3: Estado de salud actual (cont.)

(3.07) ¿Hace cuánto tiempo terminaron los síntomas de la última enfermedad (episodio de enfermedad) [MENCIONAR EL PADECIMIENTO EN LA RESPUESTA 3.5]? KILOMETROS:

ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UN MES, INDIQUE SEMANAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, INDIQUE DÍAS. SI CONTINÚA CON SÍNTOMAS, ESCRIBA "00" EN DÍAS

DÍAS: SEMANAS:
N/S -98 N/R -99

(3.08) ¿Consultó usted a algún establecimiento o personal médico por esta enfermedad?

SI 1 NO 2 (3.20)
N/S 98 (3.20)
N/R 99 (3.20)

(3.09) ¿Cuánto tiempo después de que se iniciara esta enfermedad buscó usted atención médica?

DENTRO DE LAS 24 HORAS 1
DESPUÉS DE 24 HORAS, AL DÍA SIGUIENTE 2
LA MISMA SEMANA 3
DENTRO DE LAS 2 SEMANAS 4
N/S 98
N/R 99

(3.10) ¿Dónde buscó atención?

HOSPITAL DEL GOBIERNO 01
UNIDAD DE SALUD 02
UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA 03
UNIDAD MÓVIL PÚBLICA 04
OTRO ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO 05
HOSPITAL PRIVADO 06
CENTRO MÉDICO PRIVADO 07
CONSULTORIO PRIVADO 08
UNIDAD MÓVIL PRIVADA 09
OTRO ESTABLECIMIENTO MÉDICO PRIVADO 10
FARMACIA 11
PROMOTOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD 12
CURANDERO TRADICIONAL 13
N/S 97
N/R 98
N/R 99

(3.11) ¿Cuál es el nombre del establecimiento?

NOMBRE:
SI NO SABE ESCRIBA "NO SABE"
SI SE NEGÓ A RESPONDER "SE NEGÓ A RESPONDER"

(3.12) ¿Quién decidió ir al centro de salud por su enfermedad?

Usted misma 1
Su pareja 2
Su padre o madre 3
Su suegro o suegra 4
Otro pariente 5
Amigo/vecino 6
Promotor de salud de la comunidad 7
Otro 97
N/S 98
N/R 99

(3.13) ¿A qué distancia se encuentra el establecimiento médico de su hogar? KILOMETROS:
N/S -98 N/R -99

(3.14) La última vez que fue a buscar atención para esta enfermedad, ¿cuánto tiempo le llevó ir a pie de su hogar hasta este establecimiento?

ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UNA HORA, INDIQUE MINUTOS.

MINUTOS: HORAS:
N/S -98 N/R -99

(3.15) La última vez que fue a buscar atención para esta enfermedad, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida?

ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UNA HORA, INDIQUE MINUTOS.

MINUTOS: HORAS:
N/S -98 N/R -99

(3.16) Durante su última consulta, ¿quién la atendió? RM
ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR A CADA TIPO DE PERSONA Y REGISTRE A TODAS LAS PERSONAS QUE SE MENCIONEN.

1	Médico		SI 1
2	Enfermera		NO 2
3	Farmacéutico		N/S 98
4	Promotor salud Comunitario		N/R 99
5	Dependiente / atiende farmacia		
6	Otro		

(3.17) En las últimas 2 semanas, ¿fue hospitalizada para tratar esta enfermedad?

SI 1 NO 2 (3.20)
N/S 98 (3.20)
N/R 99 (3.20)

(3.18) ¿Durante cuánto tiempo estuvo hospitalizada?

ENTREVISTADOR: SI SIGUE HOSPITALIZADA, INGRESE "99" EN SEMANAS.

HORAS: DÍAS: SEMANAS:

(3.19) ¿Dónde se encuentra ubicado el hospital?

EN LA MISMA LOCALIDAD DONDE VIVE 1
EN EL MISMO MUNICIPIO DONDE VIVE 2
EN OTRO MUNICIPIO PERO EN EL MISMO DEPARTAMENTO DONDE VIVE 3
OTRO DEPARTAMENTO. ¿Cuál? 97
N/S 98
N/R 99

Capítulo 3: Estado de salud actual (cont.)

(3.20) En las últimas 2 semanas, ¿tomó usted alguno de los siguientes medicamentos para tratar esta enfermedad? RM

SI

NO

N/S

N/R

1

2

98

99

►

(3.22)

►

(3.22)

►

(3.22)

1	Aspirina	
2	Acetaminofén	
3	Ibuprofeno	
4	Terapia de rehidratación oral	
5	Otro medicamento	

ENTREVISTADOR: SI NO SE HAN UTILIZADO MEDICAMENTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD ► (3.22)

(3.21) ¿Quién o cómo pagó los medicamentos para tratar esta enfermedad?

EL EMPLEADOR PAGÓ TODO

EL EMPLEADOR PAGÓ PARTE

EL SEGURO PAGÓ TODO

EL SEGURO PAGÓ PARTE

PAGÓ DIRECTAMENTE (GASTOS POR CUENTA PROPIA)

GRATIS / NO PAGÓ LOS SERVICIOS

OTRO

N/S

N/R

1

2

3

4

5

6

97

98

99

(3.22) Aparte de los medicamentos, ¿quién o cómo pagó todos los servicios médicos por esta enfermedad? (INCLUYA TODOS LOS GASTOS DE REGISTRO, HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO Y TRANSPORTE SI LOS HAY)

EL EMPLEADOR PAGÓ TODO

EL EMPLEADOR PAGÓ PARTE

EL SEGURO PAGÓ TODO

EL SEGURO PAGÓ PARTE

PAGÓ DIRECTAMENTE (GASTOS POR CUENTA PROPIA)

NO PAGÓ LOS SERVICIOS

OTRO

N/S

N/R

1

2

3

4

5

6

97

98

99

(3.23) En las últimas 2 semanas, ¿cuánto gastó en el tratamiento de esta enfermedad? ANOTE "00" SI NO GASTÓ MONTO GASTADO (\$) USE DOS DECIMALES

1	Gastos por consulta médica	
2	Gastos de hospitalización (pregunte el periodo de hospitalización y el monto total)	
3	Gastos de laboratorio	
4	Medicamentos	
5	Transporte	

(3.24) En las últimas 2 semanas, ¿cuántos días de trabajo perdió por estar enferma?

DÍAS PERDIDOS:

ENTREVISTADOR: ANOTE "0" SI NO PERDIÓ NINGÚN DÍA; Y SI NO TRABAJA, ANOTE "99"

N/S -98 N/R -99

Capítulo 4: Reproducción

ENTREVISTADOR "Ahora quisiera preguntarle acerca de todos los partos que ha tenido durante su vida."

(4.01) ¿Alguna vez dio a luz?

SI	1	
NO	2	▶ CAPÍTULO 6
N/S	98	▶ CAPÍTULO 6
N/R	99	▶ CAPÍTULO 6

(4.02) ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer hijo que nació vivo?

EDAD EN AÑOS:

ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS ADICIONALES DE SER NECESARIO:

Por favor proporcione una edad estimada si se desconoce la edad exacta.

N/S -98 N/R -99

(4.03) ¿Cuántos hijos varones y cuántas hijas mujeres tuvo en total, que hayan nacido vivos?

ENTREVISTADOR: LEA DE SER NECESARIO:

Nacido vivo significa que el bebé lloró o mostró alguna señal de vida.

CANTIDAD DE HIJOS VARONES
NACIDOS VIVOS:

N/S -98 N/R -99

CANTIDAD DE HIJAS MUJERES
NACIDAS VIVAS:

(4.04) ¿Vive ahora con usted alguno de los hijos a los que usted dio a luz?

SI	1	
NO	2	▶ (4.06)
N/S	98	▶ (4.06)
N/R	99	▶ (4.06)

(4.05) ¿Cuántos hijos varones y cuántas hijas mujeres viven con usted?

CANTIDAD DE HIJOS VARONES QUE
VIVEN EN EL HOGAR:

N/S -98 N/R -99

CANTIDAD DE HIJAS MUJERES QUE
VIVEN EN EL HOGAR:

(4.06) ¿De sus hijos nacidos vivos hay algunos que no viven con usted?

SI	1	
NO	2	▶ (4.08)
N/S	98	▶ (4.08)
N/R	99	▶ (4.08)

(4.07) ¿Cuántos de sus hijos varones y cuántas de sus hijas mujeres están vivos/as pero no viven con usted?

CANTIDAD DE HIJOS VARONES QUE
NO VIVEN CON USTED:

N/S -98

CANTIDAD DE HIJAS MUJERES QUE
NO VIVEN CON USTED:

N/R -99

(4.08) ¿Dio a luz alguna vez a un hijo o hija que nació vivo/a pero luego murió unas horas después? **(NO INCLUYE NACIDOS MUERTOS)**

ENTREVISTADOR: HAGA PREGUNTAS ADICIONALES DE SER NECESARIO:

¿Algún bebé que lloró o mostró señales de vida pero no sobrevivió?

SI	1	
NO	2	▶ (4.10)
N/S	98	▶ (4.10)
N/R	99	▶ (4.10)

(4.09) ¿Cuántos hijos varones y cuántas hijas mujeres nacieron vivos y murieron unas horas después?

(NO INCLUYE NACIDOS MUERTOS)

CANTIDAD DE HIJOS VARONES QUE
MURIERON:

N/S -98 N/R -99

CANTIDAD DE HIJAS MUJERES QUE
MURIERON:

(4.10) ¿Dio a luz alguna vez un hijo o hija que nació vivo/a pero luego murió después de 24 horas o más tiempo?

SI	1	
NO	2	▶ 4.12
N/S	98	▶ 4.12
N/R	99	▶ 4.12

(4.11) ¿Cuántos hijos varones y cuántas hijas mujeres nacieron vivos y murieron después de 24 horas o más tiempo?

CANTIDAD DE HIJOS VARONES
NACIDOS VIVOS MUERTOS
DESPUÉS DE 24 HORAS

N/S -98 N/R -99

CANTIDAD DE HIJAS MUJERES
NACIDAS VIVAS Y MUERTAS
DESPUÉS DE 24 HORAS

(4.12) **ENTREVISTADOR:**

Simplemente para asegurarme de que lo he anotado bien:

Usted ha tenido en TOTAL [SUME EL TOTAL DE NIÑOS IDENTIFICADOS EN LAS PREGUNTAS (4.05), (4.07), (4.09) Y (4.11)] = _____ partos durante su vida.

¿Es esto correcto?

SI	1	
NO	2	▶ ENTREVISTADOR: VUELVA ATRÁS Y REVISE LAS RESPUESTAS ANTERIORES
N/S	-98	
N/R	-99	

(4.13) ¿Fue alguno de estos partos un parto múltiple (por ejemplo, mellizos o trillizos)?

SI	1	
NO	2	
N/S	98	
N/R	99	

Capítulo 5: Listado de nacimientos vivos

ENTREVISTADOR: COMPLETE LA LISTA DE HIJOS UTILIZANDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA MADRE SELECCIONADA. SI HAY MÁS DE 20 HIJOS, PARA INFORMAR, UTILICE HOJAS ADICIONALES.

NÚMERO DE LINEA	(5.01) Ahora me gustaría registrar los nombres de todos sus nacimientos, ya sea que aún estén vivos o no, empezando con el primero que tuvo.	(5.02) ¿Es .[NOMBRE]. varón o mujer?	(5.03) ¿En qué mes y año nació .[NOMBRE].?	(5.04) ¿Está .[NOMBRE]. aún con vida?	(5.05) ¿Qué edad tenía .[NOMBRE]. cuando murió?	(5.06) ¿Cuántos años cumplió .[NOMBRE]. en su último cumpleaños?	(5.07) ¿Vive .[NOMBRE]. con usted?	(5.08) ENTREVISTADOR: COPIE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ...[NOMBRE]. DESDE LA LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR	(5.09) ¿Tuvo usted algún otro hijo que nació vivo después del nacimiento de ...[NOMBRE].?
	¿Qué nombre se le dio a su primer bebé? ¿Y al siguiente? AGREGUE EL NOMBRE DE CADA BEBÉ A LA LISTA. SI UN BEBÉ NO TENÍA NOMBRE, INGRESE "BEBE" SONDEE: ¿Hubo algún otro hijo nacido vivo entre [NOMBRE] y [NOMBRE], incluyendo a cualquier hijo que haya muerto después del parto?	VARÓN MUJER	1 2	SI ▶ NO	DE 1 MES. INDIQUE MESES SI ES MENOS DE 2 AÑOS. INDIQUE AÑOS SI ≥ 2 AÑOS. ▶ PROXIMO NACIMIENTO	DE 1 MES. INDIQUE MESES SI ES MENOS DE 2 AÑOS. INDIQUE AÑOS SI IGUAL O MAYOR DE 2 AÑOS.	SI NO ▶ PROXIMO NACIMIENTO	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	SI ▶ PROXIMO NACIMIENTO NO ▶ CAPÍTULO 6
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Capítulo 6: Lista de embarazos que terminaron en aborto espontáneo, aborto, o nacido muerto

(6.01) ¿Tuvo usted alguna vez un embarazo que finalizó en aborto espontáneo, aborto inducido, o en que el bebé nació muerto?

SI 1
NO 2

N/S 98 NR 99

ENTREVISTADOR: POR FAVOR COMPLETE LA TABLA ABAJO, EMPEZANDO CON EL EMBARAZO QUE TERMINÓ MÁS RECIENTEMENTE.

NÚMERO DE LINEA	(6.02) ¿Cuándo terminó el último embarazo de este tipo?	(6.03) ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando perdió al bebé?	(6.04) ¿Mostró el bebé alguna señal de vida en el momento del parto, tal como algún movimiento, llanto o respiración?	(6.05) ¿Se le dio un nombre a este bebé?	(6.06) ¿Cuál era el nombre del bebé?	(6.07) ¿Consultó usted a un representante de salud para la atención prenatal de este embarazo?
	NS NR	98 99	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2 (6.07)	NOMBRE	SI 1 NO 2
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Capítulo 7: Embarazo actual

"Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud reproductiva actual"

(7.01) ¿Recuerda cuándo inició su última regla (período menstrual)?

SI

1

ANTES DEL ÚLTIMO EMBARAZO

2

▶ (8.01)

ES MENOPÁUSICA O TUVO UNA HISTERECTOMÍA (OPERADA DE LA MATRIZ)

3

▶ (8.01)

NUNCA MENSTRUÓ

4

▶ (8.01)

N/S

98

▶ (8.01)

N/R

99

▶ (8.01)

(7.02) ¿Cuándo le vino la regla por última vez (período menstrual)?
ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UN AÑO, INDIQUE MESES. SI ES MENOS DE UN MES, INDIQUE DÍAS.

CANTIDAD DE DÍAS ATRAS:

CANTIDAD DE MESES ATRAS:

CANTIDAD DE AÑOS ATRAS:

N/S -98

N/R -99

(7.03) ¿Está usted embarazada ahora?

SI

1

NO

2

▶ CAPÍTULO 8

N/S

98

▶ CAPÍTULO 8

N/R

99

▶ CAPÍTULO 8

(7.04) ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

N/S -98

N/R -99

MESES DE EMBARAZO:

(7.05) Cuando quedó embarazada, ¿quería usted quedar embarazada en ese momento?

SI

1

▶ CAPÍTULO 8

NO

2

N/S

98

▶ CAPÍTULO 8

N/R

99

▶ CAPÍTULO 8

(7.06) ¿Quería usted esperar para tener un bebé más adelante, o no quería (más) hijos?

QUERÍA ESPERAR

1

NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS

2

▶ CAPÍTULO 8

N/S

98

▶ CAPÍTULO 8

N/R

99

▶ CAPÍTULO 8

(7.07) ¿Cuánto tiempo más quería esperar?
ENTREVISTADOR: SI ES MENOS DE UN AÑO, INDIQUE MESES.

SEMANAS:

MESES:

AÑO:

ENTREVISTADOR: SI LA MUJER SELECCIONADA REPORTA NACIMIENTOS EN 2006 O DESPUÉS (EN LA LISTA DE NACIDOS VIVOS, CAPÍTULO 5), POR FAVOR COMPLETE UN CUADERNILLO "SECCIÓN 2B: EMBARAZO Y ATENCIÓN POSTNEONATAL PARA CADA NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS".

CUANDO TODOS LOS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HAN SIDO DESCRITOS EN LOS CUADERNILLOS DE LA SECCIÓN 2B, POR FAVOR REINICIE LA ENTREVISTA CON "PREFERENCIAS EN ANTICONCEPCIÓN Y FERTILIDAD" EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Capítulo 8: Preferencias Actuales de anticoncepción y fertilidad

ENTREVISTADOR: Ahora quisiera hablarle sobre planificación familiar... los diversos medios o métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar el embarazo.

	<div><div>¿Ha oído usted hablar de [MÉTODO]..? (8.01)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Usa usted actualmente [MÉTODO]..? (8.02)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>PARA ESTERILIZACIÓN: ¿Le han realizado a ud. / su pareja esterilización? (8.02)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>ENTREVISTADOR: ¿Le han realizado a ud. / su pareja esterilización? (8.03)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Desde qué mes y año ha estado usando [MÉTODO] sin interrupción? (8.03)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>ENTREVISTADOR: ¿Le han realizado a ud. / su pareja esterilización? (8.04)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Desde qué mes y año ha estado usando [MÉTODO] sin interrupción? (8.04)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>ENTREVISTADOR: ¿Le han realizado a ud. / su pareja esterilización? (8.05)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Desde qué mes y año ha estado usando [MÉTODO] sin interrupción? (8.05)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Desde qué mes y año ha estado usando [MÉTODO] sin interrupción? (8.06)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>	<div><div>¿Desde qué mes y año ha estado usando [MÉTODO] sin interrupción? (8.07)</div><div>SI 1 NO 2 N/S 98 N/R 99</div></div>
NUMERO DE LÍNEA											
MÉTODO	PRÓXIMO MÉTODO	PRÓXIMO MÉTODO									
01	Esterilización femenina										
02	Esterilización masculina										
03	DIU										
04	Injectables										
05	Implantes										
06	Píldora										
07	Preservativo										
08	Preservativo femenino										
09	Diafragma										
10	Espónja/jalea espermicida										
11	Método de Amenorrea Lactacional										
12	El ritmo / Método rítmico										
13	Acto sexual interrumpido										
14	Anticonceptivo de emergencia										
15	Otro método moderno										
16	Otro método tradicional										

SI RESPONDE
NO A TODAS
▶ 8.13

Capítulo 8: Preferencias de anticoncepción y fertilidad actuales (cont.)

ENTREVISTADOR: MIRE LA RESPUESTA A LA PREGUNTA (8.02); LÍNEA 6 "PÍLDORA"
LA MUJER USA LA PÍLDORA ACTUALMENTE?

SI

1

NO

2

N/S

98

N/R

99

(8.09)

(8.09)

(8.09)

(8.09)

(8.08) ¿De qué marca son las píldoras que está tomando?
ENTREVISTADOR: PIDA VER EL ENVASE

1

MARCA:

2

MARCA:

3

MARCA:

(8.09) ENTREVISTADOR: MIRE LA RESPUESTA A LA PREGUNTA (8.02); LÍNEA 7

"PRESERVATIVO". LA MUJER RESPONDIÓ QUE USA PRESERVATIVO ACTUALMENTE?

SI

1

NO

2

N/S

98

N/R

99

(8.11)

(8.11)

(8.11)

(8.10) ¿De qué marca son los preservativos que está utilizando?
ENTREVISTADOR: PIDA VER EL ENVASE

1

MARCA:

2

MARCA:

3

MARCA:

(8.11) ¿Le explicó alguna vez un promotor/enterrera/doctor sobre otros métodos de planificación familiar que puede usar?

SI

1

NO

2

N/S

98

N/R

99

(8.12) ¿Diría usted que el uso o no uso de un método anticonceptivo depende de lo que usted decida, de la decisión de su (marido/pareja), o es una decisión conjunta?

PRINCIPALMENTE DE LA ENCUESTADA

1

PRINCIPALMENTE DEL MARIDO/ PAREJA

2

DECISIÓN CONJUNTA

3

OTROS

97

N/S

98

N/R

99

(8.13) Entre un período menstrual y el otro, hay ciertos días en que la mujer tiene mayores probabilidades de quedar embarazada, usted lo sabía?

SI

1

NO

2

N/S

98

N/R

99

8.15

8.15

(8.14) ¿Ocurren estos días justo antes de que empiece su período menstrual, durante su período, inmediatamente después de que ha terminado su período, o a mitad de camino entre dos períodos?

JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE SU PERÍODO

1

DURANTE SU PERÍODO

2

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE HA TERMINADO SU PERÍODO

3

A MITAD DE CAMINO ENTRE DOS PERÍODOS

4

OTRO (ESPECIFICAR)

97

N/S

98

N/R

99

ENTREVISTADOR: PREGUNTE A TODAS LAS MUJERES SOBRE EL AÑO PASADO (SI LA MUJER ESTÁ EMBARAZADA, PREGUNTE POR EL AÑO ANTERIOR A SU EMBARAZO)

Ahora quisiera preguntarle sobre si dejó de usar algún método de planificación familiar durante el año pasado, ya sea si usted estaba usando uno o si planeaba usar uno.

(8.15) ¿Dejó de utilizar algún método de planificación familiar durante el año pasado?

SI

1

NO

2

NO QUERÍA USAR / QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA

3

N/S

98

N/R

99

8.18

8.18

8.18

8.18

(8.16) ¿Cuántas veces interrumpió el método de planificación familiar durante el año pasado?

NS

98

NR

99

CANTIDAD DE VECES

(8.17) ¿Por qué dejó Ud. de usar un método de planificación familiar durante el año pasado? RM

MARQUE CON UNA "X" TODAS LAS QUE APLIQUEN

01	No estaba casada / acompañada		15	No conoce ningún método	
02	Es casada / acompañada		16	No conoce ninguna fuente para obtener un método	
03	No tiene relaciones sexuales		17	Le preocupan los efectos secundarios	
04	Virgen		18	Falta de acceso/hay que ir muy lejos para conseguirlos	
05	Tiene relaciones sexuales con poca frecuencia		19	Demasiado costosos	
06	Menopausia		20	El método preferido no está disponible	
07	Histerectomía / Operada de la matriz		21	No hay ningún método disponible	
08	No puede quedar embarazada		22	Son incómodos de usar	
09	No tuvo un período menstrual desde el último parto		23	Interfiere con los procesos naturales del cuerpo	
10	Estaba amamantando		24	Le afecta la salud/le caen mal	
11	Va en contra de la religión		25	Estaba embarazada	
12	La encuesta se opone al uso de estos métodos		26	Quería quedar embarazada	
13	El marido/pareja se opone al uso de estos métodos		27	Otro	
14	Otros se oponen al uso de estos métodos				

Capítulo 8: Preferencias de anticoncepción y fertilidad actuales (cont.)

ENTREVISTADOR: REVISE 8.02, SI TODAS LAS RESPUESTAS SON "NO".
HAGA ESTA PREGUNTA SÓLO A LAS MUJERES QUE NO ESTÁN UTILIZANDO UN MÉTODO PARA EVITAR EL
EMBARAZO DE OTRA FORMA ► 8.19

(8.18) ¿Podría decirme por qué no está usando un método para evitar el embarazo? ¿Cualquier otro motivo? RM

SI 1
NO 2

MARQUE CON UNA "X" TODAS LAS QUE APLIQUEN

01	No es casada / acompañada	
02	Es casada / acompañada	
03	No tiene relaciones sexuales	
04	Virgen	
05	Tiene relaciones sexuales con poca frecuencia	
06	Menopáusica	
07	Histerectomía / Operada de la matriz	
08	No puede quedar embarazada	
09	No tuvo un período menstrual desde el último parto	
10	Está amamantando	
11	Va a en contra de la religión	
12	La encuestada se opone al uso de estos métodos	
13	El marido/pareja se opone al uso de estos métodos	
14	Otros se oponen al uso de estos métodos	
15	No conoce ningún método	
16	No conoce ninguna fuente para obtener un método	
17	Le preocupan los efectos secundarios	
18	Falta de acceso/hay que ir muy lejos	
19	Demasiado costosos	
20	El método preferido no está disponible	
21	No hay ningún método disponible	
22	Son incómodos de usar	
23	Interfiere con los procesos naturales del cuerpo	
24	Le afecta la salud/le caen mal	
25	Estoy embarazada	
26	Quiero quedar embarazada	
27	Otro	

(8.19) Cree que usaría un método anticonceptivo para demorar o evitar el embarazo en cualquier momento en el futuro?

SI 1
NO 2
N/S 98
N/R 99

(8.20) En los últimos meses, ¿usted...

SI 1 N/S 98
NO 2 N/R 99

- 1 ¿Ha oído hablar sobre planificación familiar por la radio?
- 2 ¿Ha visto algo sobre planificación familiar en la televisión?
- 3 ¿Ha leído algo sobre planificación familiar en un periódico o revista
- 4 ¿Ha leído algo sobre planificación familiar en un afiche?
- 5 ¿Le han aconsejado sobre planificación familiar en el establecimiento de salud al que asiste?

(8.21) En los últimos 12 meses, ¿recibió la visita de un promotor de salud para conversar con usted sobre la planificación familiar?

SI 1 N/S 98
NO 2 N/R 99

(8.22) En los últimos 12 meses, ¿visitó un establecimiento médico para obtener cuidados para usted (o sus hijos)?

SI 1 N/S 98 ► (8.24)
NO 2 ► (8.24) N/R 99 ► (8.24)

(8.23) ¿Hablo con usted algún miembro del personal del establecimiento médico sobre métodos de planificación familiar?

SI 1 N/S 98
NO 2 N/R 99

(8.24) ¿Quisiera tener (un/otro) hijo, o preferiría no tener (más) hijos?

PREFERIRÍA TENER UN/OTRO HIJO(S) 1
PREFERIRÍA NO TENER/NO MÁS HIJOS 2
N/S 98
N/R 99

(8.25) Si pudiera elegir exactamente la cantidad de hijos que quisiera tener en toda su vida, ¿cuántos serían?

NÚMERO DE HIJOS: 98
-99

Capítulo 8: Preferencias de anticoncepción y fertilidad
 Capítulo 9: Experiencia y satisfacción con los promotores de salud de la comunidad
 actuales (cont.)

(8.26) ¿Cuántos de estos hijos desearía usted que fueran varones, cuántos desearía que fueran mujeres y cuántos no le importaría si son varones o mujeres?

CANTIDAD VARONES:
 CANTIDAD MUJERES:
 CANTIDAD DE CUALQUIER SEXO:

(9.01) En los últimos 3 meses, ¿se ha reunido con un promotor de salud comunitario en su casa o en la comunidad?

Si
 NO
 N/S
 N/R
 1
 2
 98
 99
 ▶ CAPÍTULO 10
 ▶ CAPÍTULO 10
 ▶ CAPÍTULO 10

(9.02) ¿Cuántas veces se reunieron?

NUMERO DE VECES:

(9.03) ¿Le prestó alguno de los siguientes servicios el promotor de salud de la comunidad...?

Si
 NO
 1
 2
 N/S
 N/R
 98
 99

1	Referencia para cuidados prenatales	
2	Referencia para el parto en una institución	
3	Referencia para cuidado posnatal	
4	Referencia para análisis y asesoramiento voluntario/prevencción del contagio de SIDA, y sífilis de a madre a hijo	
5	Consejos sobre Planificación familiar y contraceptivos	
6	Vacunación infantil	
7	Consejos sobre nutrición infantil	
8	Sesiones de información, educación y comunicación (IEC)	

(9.04) ¿Qué tan satisfecho está ud. con...?

MUY INSATISFECHO
 INSATISFECHO
 1
 2
 SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
 3
 4

1	El conocimiento y capacidad de respuesta de los promotores de salud	
2	La cantidad de promotores de salud	
3	La disponibilidad de los promotores de salud para atenderla	
4	La información que le dan los promotores de salud	
5	El respeto de los promotores de salud	
6	El ejemplo que dan los promotores de salud	

(9.05) ¿Recomendaría a los promotores de salud comunitario a otras personas?

Si
 NO
 1
 2
 N/S
 N/R
 98
 99

Capítulo 10: Exposición a la Intervención

(10.01) En los últimos 12 meses, ¿recibió algún asesoramiento o consejos sobre lactancia materna?

SI	1	
NO	2	▶ (10.04)
N/S	98	
N/R	99	

(10.02) ¿Dónde, o de quién, recibió asesoramiento o consejos sobre lactancia materna? RM

SU CASA	01	▶	(10.04)	
LA CASA DE OTRA PERSONA	02	▶	(10.04)	
HOSPITAL DEL GOBIERNO	03			
UNIDAD DE SALUD	04			
UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA	05			
UNIDAD MÓVIL PÚBLICA	06			
OTRO ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO	07			
HOSPITAL PRIVADO	08			
CENTRO MÉDICO PRIVADO	09			
CONSULTORIO PRIVADO	10			
UNIDAD MÓVIL PRIVADA	11			
OTRO ESTABLECIMIENTO MÉDICO PRIVADO	12			
FARMACIA	13			
TIENDA	14			
MERCADO	15			
IGLESIA	16			
AMIGO/PARIENTE	17	▶	(10.04)	
PROMOTOR DE SALUD	18	▶	(10.04)	
CURANDERO TRADICIONAL	19	▶	(10.04)	
MEDIOS (INCLUYE RADIO, TV, PERIÓDICOS, ETC.)	20	▶	(10.04)	
OTRO	97	▶	(10.04)	
N/S	98	▶	(10.04)	
N/R	99	▶	(10.04)	

(10.03) ¿Cuál es el nombre del establecimiento donde recibió consejos sobre lactancia materna?

(10.04) En los últimos 12 meses, ¿recibió algún asesoramiento o consejos sobre nutrición infantil?

SI	1	
NO	2	▶ (10.07)
N/S	98	▶ (10.07)
N/R	99	▶ (10.07)

(10.05) ¿Dónde, o de quién, recibió asesoramiento o consejos sobre nutrición infantil? RM

SU CASA	01	▶	(10.07)	
LA CASA DE OTRA PERSONA	02	▶	(10.07)	
HOSPITAL DEL GOBIERNO	03			
UNIDAD DE SALUD	04			
UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA	05			
UNIDAD MÓVIL PÚBLICA	06			
OTRO ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO	07			
HOSPITAL PRIVADO	08			
CENTRO MÉDICO PRIVADO	09			
CONSULTORIO PRIVADO	10			
UNIDAD MÓVIL PRIVADA	11			
OTRO ESTABLECIMIENTO MÉDICO PRIVADO	12			
FARMACIA	13			
TIENDA	14			
MERCADO	15			
IGLESIA	16			
AMIGO/PARIENTE	17	▶	(10.07)	
PROMOTOR DE SALUD	18	▶	(10.07)	
CURANDERO TRADICIONAL	19	▶	(10.07)	
MEDIOS (INCLUYE RADIO, TV, PERIÓDICOS, ETC.)	20	▶	(10.07)	
OTRO	97	▶	(10.07)	
N/S	98	▶	(10.07)	
N/R	99	▶	(10.07)	

(10.06) ¿Cuál es el nombre del establecimiento donde recibió consejos sobre nutrición infantil?

Capítulo 10: Exposición a la Intervención

(10.07) En los últimos 12 meses, ¿recibió algún asesoramiento o consejos sobre señales de peligro para la salud de los niños (tiene fiebre, vomito) ?

SI	1
NO	2 ▶ FIN DEL MÓDULO
N/S	98 ▶ FIN DEL MÓDULO
N/R	99 ▶ FIN DEL MÓDULO

(10.08) ¿Dónde, o de quién, recibió asesoramiento o consejo sobre señales de peligro para la salud de los niños (tiene fiebre, vomito) ? RU

SU CASA	01 ▶ FIN DEL MÓDULO
LA CASA DE OTRA PERSONA	02 ▶ FIN DEL MÓDULO
HOSPITAL DEL GOBIERNO	03
UNIDAD DE SALUD	04
UNIDAD O CASA DE SALUD COMUNITARIA	05
UNIDAD MÓVIL PÚBLICA	06
OTRO ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO	07
HOSPITAL PRIVADO	08
CENTRO MÉDICO PRIVADO	09
CONSULTORIO PRIVADO	10
UNIDAD MÓVIL PRIVADA	11
OTRO ESTABLECIMIENTO MÉDICO PRIVADO	12
FARMACIA	13
TIENDA	14
MERCADO	15
IGLESIA	16
AMIGO/PARIENTE	17 ▶ FIN DEL MÓDULO
PROMOTOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD	18 ▶ FIN DEL MÓDULO
CURANDERO TRADICIONAL	19 ▶ FIN DEL MÓDULO
MEDIOS (INCLUYE RADIO, TV, PERIÓDICOS, ETC.)	20 ▶ FIN DEL MÓDULO
OTRO	97 ▶ FIN DEL MÓDULO
N/S	98 ▶ FIN DEL MÓDULO
N/R	99 ▶ FIN DEL MÓDULO

(10.09) ¿Cuál es el nombre del establecimiento donde recibió consejos sobre estas señales de peligro?

(10.10) ¿Puede enumerar hasta 4 señales de peligro para un niño que requieren atención médica?

1	SEÑAL 1:	
2	SEÑAL 2:	
3	SEÑAL 3:	
4	SEÑAL 4:	

Notas de Entrevista

ESCRIBA COMENTARIOS RELEVANTES PARA UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR SI FUERA NECESARIO

01			
02			
03			

04			
05			
06			

07			
08			
09			

10			
11			
12			

13			
14			
15			