

2002

ENNVVIH
2002

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE LOS NIVELES
DE VIDA EN LOS HOGARES**

**PEQUEÑOS PROVEEDORES
DE SALUD**

Tipo de proveedor:

- 1. Consultorio médico
- 2. Farmacia
- 3. Dispensario médico
- 4. Partera
- 5. Otro practicante tradicional (especificar) _____

UBICACION GEOGRAFICA									
1) Entidad federativa									
2) Municipio:									
3) Localidad:									
4) Semana de Levantamiento									
5) Tipo de Libro									

LOCALIZACION	
Entidad:	
Municipio:	
Localidad:	

DIRECCION DEL PROVEEDOR	
Colonia:	
Calle:	
Número:	
Manzana Lote o Sección:	
Entre calles:	
Referencia:	

FOLIO 2002

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Latitud: ° ′ ″

Longitud: ° ′ ″

LA ENCUESTA ESTÁ AUTORIZADA POR LA LEY DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, CAPTULO V, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 38° DE LA MENCIONADA LEY. LA INFORMACION SE MANTENDRÁ CON CARACTER ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL.

CONFIDENCIAL



GENERALIDADES DEL PROVEEDOR (SECCION GP)

GP01. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER RESPONDIDA POR LA PERSONA ENCARGADA DE OTORGAR EL SERVICIO DE SALUD. DEBERÁ APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD, INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, ETC.

1. NOMBRE DEL ENCUESTADO: _____

Las siguientes preguntas son acerca de su trabajo.

GP02. ¿Cuál es el horario de trabajo en este proveedor de salud?	
A. Lunes	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
B. Martes	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
C. Miércoles	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
D. Jueves	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
E. Viernes	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
F. Sábado	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo
G. Domingo	1. De ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. y de ____ : ____ hrs. a ____ : ____ hrs. 3. 24 hrs. 4. No abre 9. Mismo

GP03. ¿Cuenta con teléfono este proveedor de salud? 1. Si (especificar) 3. No		1	____-____-____-____-____-____
GP04. ¿Cuenta usted con teléfono, celular, biper o radiolocalizador? 1. Si (especificar) 2. Si, pero no fue proporcionado 3. No		1 2 3	____-____-____-____-____-____
GP05. ¿A qué institución pertenece este proveedor de salud? 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz Roja 07. SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) 08. SEMAR (Secretaría de Marina) 09. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 10. INI (Instituto Nacional Indigenista) 11. Servicio privado religioso 12. Servicio privado no religioso 13. Otro (especificar)		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13	____-____-____-____-____-____ Especificar _____

Sección GP

PPS-2

GENERALIDADES DEL PROVEEDOR (SECCION GP)

GP06.	¿En qué fecha nació usted? 1. Fecha 8. NS	1. <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año → GP08 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años
GP07.	¿Qué edad tiene usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años
GP08.	ENTREVISTADOR: SEXO DEL ENCUESTADO	1. HOMBRE 3. MUJER
GP09.	¿Cuál es el último nivel al que usted asiste o asistió en la escuela? 1. Primaria 2. Secundaria 3. Secundaria abierta 4. Preparatoria o Bachillerato 5. Preparatoria o Bachillerato abierto 6. Normal básica 7. Normal superior 8. Profesional 9. Posgrado	1 2 3 → GP11 4 5 → GP11 6 → GP11 7 → GP11 8 → GP11 9 → GP11
GP10.	¿Cuál es el último grado que aprobó usted en la escuela? 00. No completo el primer grado 01. Primer grado 02. Segundo grado 03. Tercer grado 04. Cuarto grado 05. Quinto grado 06. Sexto grado 07. Séptimo o mayor 08. Otro (especificar)	00 01 02 03 04 05 06 07 08 } GP12
GP11.	¿Obtuvo el título que lo acredita como graduado de ese nivel? 1. Si, se graduó/título 2. No, pasante 3. No terminó/no ha terminado el total de los cursos	1 2 3
GP12.	¿Estudia o estudió además alguna carrera técnica o comercial?	Si..... 1 → GP15 No..... 3
GP13.	¿Cuántos años pasó (aprobó) / ha pasado en esta carrera? 1. Menos de un año 2. Años que aprobó o pasó	1. 2. <input type="checkbox"/> Años

GP14.	Para entrar a esta carrera, ¿qué estudios le pidieron? 1. Ninguno 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Preparatoria terminada 5. Otro (especificar)	1 2 3 4 5
GP15.	¿Cuál es su profesión/ocupación? 1. Médico general 2. Médico especialista 4. Enfermera 5. Auxiliar de enfermería 6. Promotor de salud 7. Otro (especificar)	1 2 3 4 5 6 7
GP16.	¿Cuánto tiempo ha trabajado usted aquí? 1. Tiempo en años/meses/semanas	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas
GP17.	¿Antes de trabajar aquí, laboró usted en otros trabajos relacionados con salud?	Si..... 1 No..... 3 → GP19
GP18.	Desde qué fecha ha laborado usted en trabajos relacionados con salud, sin incluir el tiempo que tiene trabajando aquí? 1. Tiempo en años/meses/semanas	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas
GP19.	¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada en este proveedor de salud? 1. Horas/semana	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas/Semana
GP20.	¿Cuántas horas trabaja usted regularmente en este proveedor de salud? 1. Horas/semana	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas/Semana

GENERALIDADES DEL PROVEEDOR (SECCION GP)

GP21. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas/meses trabajó en este proveedor de salud? 1. Semanas/año 2. Meses/año	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas/año 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses/año
GP22. En el último mes, ¿cuál fue su salario, ingresos u honorarios en este proveedor de salud? 1. Salario total 8. NS	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8.
GP22a. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue su salario, ingresos u honorarios totales en este proveedor de salud? 1. Salario total 8. NS	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8.
GP23. Además de trabajar en este proveedor de salud, ¿tiene usted algún otro empleo?	Si..... 1 No..... 3 → GP30
GP24. ¿Qué categoría describe mejor su otro empleo? (LEER OPCIONES) <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajador familiar sin retribución en un negocio propiedad del hogar 2. Obrero o empleado no agropecuario 3. Patron, empleado o propietario de un negocio 4. Patron, empleado o propietario de un negocio 5. Trabajador por cuenta propia (con o sin trabajador no retribuido) 6. Trabajador sin retribución de un negocio o empresa que no es propiedad 7. Otro (especificar) 	1 2 → GP28 3 4 5 6 7 _____
GP25. ¿Es este trabajo relacionado con salud? 1. Si 3. No	1 3
GP26. ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada en su otro empleo? 1. Horas/semana	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas/Semana
GP27. ¿Cuántas horas trabaja regularmente usted en su otro empleo? 1. Horas/semana	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas/Semana
GP28. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas trabajó en su otro empleo? 1. Semanas/año 2. Meses/año	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses
GP29. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue su salario, ingresos o ganancias mensuales en su otro empleo? 1. Salario/ingresos/ganancias mensuales 2. Salario/ingresos/ganancias anuales	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mensual 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anual

GENERALIDADES DEL PROVEEDOR (SECCION GP)

Las siguientes preguntas son acerca de los aspectos generales del proveedor de salud

GP32. ENTREVISTADOR: ¿ESTE PROVEEDOR DE SALUD CUENTA CON ELECTRICIDAD?	Si..... 1 NO..... 3 → GP35
GP33. ¿Se va la luz con frecuencia en este proveedor de salud?	Si..... 1 No..... 3 → GP35
GP34. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se fue la luz? 1. Veces a la semana 2. Veces al mes 3. Veces al año	1. <input type="checkbox"/> Veces a la semana 2. <input type="checkbox"/> Veces al mes 3. <input type="checkbox"/> Veces al año
GP35. Mencione la fuente principal de agua con que cuenta este proveedor de salud: (LEER OPCIONES) 1. Agua entubada directamente al proveedor 2. Agua por pipa 3. Agua por acarreo 4. No dispone de agua 5. Otro (especificar)	1. <input type="checkbox"/> GP37 2. <input type="checkbox"/> GP37 3. <input type="checkbox"/> GP37 4. <input type="checkbox"/> GP37 5. _____
GP36. ¿A qué distancia se encuentra la fuente principal de agua de este lugar? 1. Distancia en Kilómetros / Metros 8. NS	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kms <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mts
GP37. En el último mes, ¿cuántos días se ha quedado sin el servicio de agua? 1. Días 3. Nunca	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días 3. Nunca
GP38. ¿Cuáles son las instalaciones de sanitario con que cuenta este proveedor de salud? (LEER OPCIONES) 1. Excusado 2. Letrina o retrete 3. Hoyo negro o pozo ciego 4. No dispone del servicio sanitario	1. <input type="checkbox"/> GP40 2. <input type="checkbox"/> GP40 3. <input type="checkbox"/> GP40 4. <input type="checkbox"/> GP40
GP39. ¿Cuál es el destino del desague de este proveedor de salud? 1. Drenaje público o entubado 2. Fosa séptica 3. Desague en descubierta a la calle 4. Terreno o jardín 5. Río-canal 6. Otro (especificar)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

GP40. ¿Usted separa y elimina la basura biológico-infecciosa del resto de la basura? 1. Si 3. No	1 3 → GP42
GP41. ¿Cómo elimina la basura biológico-infecciosa? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Servicio especializado en recolección de desechos biológico-infecciosos 02. Servicio de recolección público 03. Servicio de recolección privado 04. La tira en el basurero público 05. La tira en el río, terreno baldío, barrancas, etc 06. La quema en el interior de la unidad de salud 07. La quema en el exterior de la unidad de salud 08. La entierra dentro de la unidad 09. La entierra fuera de la unidad 10. La tira en el drenaje 11. La trasladada a otra unidad de salud 12. No genera basura biológico-infecciosa 13. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13
GP42. ¿Cuál es el sistema de eliminación de la basura, no biológico-infecciosa? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Servicio de recolección público 02. La tira en el basurero público 03. La tira en el río, terreno baldío, barrancas, etc 04. La quema en el interior de la unidad 05. La quema en el exterior de la unidad 06. La entierra dentro de la unidad 07. La entierra fuera de la unidad 08. La tira en el drenaje 09. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09

PROBLEMAS AL OFRECER LOS SERVICIOS (POS)

POS01. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD, INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, ETC.

Las siguientes preguntas son acerca de los principales problemas que usted ha enfrentado y que puedan afectar los servicios que presta.		POS02	POS03	POS04
PROBLEMAS	(POS Tipo)	?En los últimos 12 meses ha habido algún cambio en (...)? SIGA A LA DERECHA →	?Aumentó o disminuyó (...)?	?Cómo le ha afectado este cambio?
A.	El precio de los medicamentos/herbas/ soluciones	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
B.	El precio del material de curación	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
C.	La facilidad para conseguir medicamentos/ remedios como hierbas/soluciones	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
D.	La facilidad para conseguir material de curación e instrumental con el que realiza sus servicios	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
E.	El número de sus pacientes	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
F.	El número de personal que trabaja con usted/aquí	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
G.	El precio de la renta del local	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
H.	El precio del agua	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
POS5. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN GP32 SI EL PROVEEDOR DE SALUD CUENTA CON ELECTRICIDAD. SI..... 1 → OPCIÓN I NO..... 3 → SECCIÓN AGC				
I.	El precio de la electricidad	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____
J.	El precio del equipo	1. SI → 3. No ↓ 8. NS ↓ 9. NA ↓	1. Aumentó ↔ 2. Disminuyó ↔	1. Especificar: _____

APECTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD (SECCIÓN AGC)

AGC01. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD, INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HERBEROS, HUESEROS, ETC.

Las siguientes preguntas son acerca de las características de esta localidad y sus habitantes.

(AGC Tipo)	AGC02	AGC03
PROBLEMAS SOCIALES	¿Qué tan importante considera que es el problema de (...) en esta localidad? SIGA LA DERECHA →	Comparado con hace 5 años, este problema, ¿ha aumentado o ha disminuido?
A. Alcoholismo	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
B. Tabaquismo	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
C. Drogadicción / Adicción a fármacos	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
D. Abuso infantil	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
E. Violencia intrafamiliar o doméstica	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
F. Delincuencia(asaltos, robos, riñas callejeras)	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS
G. Otro tipo de lesiones	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS

AGC04.	La población de esta localidad, ¿se caracteriza por hablar alguna lengua indígena?	Si.....1 No.....3 → AGC07 NS.....8 → AGC07
AGC05.	El personal que trabaja en este proveedor de salud, ¿habla la lengua indígena que se habla en la localidad?	Si.....1 No.....3 → AGC07 NS.....8 → AGC07
AGC06.	¿Qué tipo de empleo tiene el personal que habla la lengua indígena? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Personal relacionado con servicios de salud 2. Personal administrativo 3. Personal de intendencia 4. Otro. (especificar)	1 2 3 4 _____
AGC07.	En los últimos 12 meses, ¿ha habido desastres naturales en esta localidad?	Si.....1 No.....3 → AGC09
AGC08.	¿Que tipo de desastre es el que se presentó? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Sequía 02. Inundación 03. Temblor / Terremoto 04. Helada 05. Incendio 06. Huracán 07. Derrumbe 08. Plaga 09. Granizada 10. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 _____
AGC09.	¿En los últimos 12 meses ha habido algún brote epidémico en esta localidad?	Si.....1 No.....3 → SECCIÓN SV
AGC10.	¿De qué enfermedad fue el brote epidémico que se presentó? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Paludismo 2. Dengue 3. Cólera 4. Fiebre tifoidea 5. Tuberculosis 6. Influenza / gripa 7. Hepatitis A 8. VIH / SIDA 9. Varicela 10. Rotavirus 11. Otro (especificar)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

SV01. ENTREVISTADOR: 1. SI EL PROVEEDOR DE SALUD ES PARTERA, CURANDERO, HERBERO, HUESERO (PRACTICANTE TRADICIONAL) → SV07
2. SI EL PROVEEDOR DE SALUD ES MÉDICO, FARMACIA O DISPENSARIO MÉDICO → SV02

Las siguientes preguntas son acerca de las actividades y servicios que usted ofrece. Puede ser que algunos servicios no correspondan a su tipo de especialización, le agradecería que respondiera únicamente «NO» en estas ocasiones.

	(SV03 Tipo)	SV03	SV04	SV05	SV06
	SERVICIOS	?Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	?Cuánto se cobra por (...)? (EN LA OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)	?Cuál es el número de (...) que otorgó el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	?Cuál es el número de (...) que otorgó en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERÍODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> al mes <input type="text"/>
A.	Consulta	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
B.	Consulta a domicilio	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
C.	Consulta por enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
D.	Consulta por desnutrición severa	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
E.	Consulta por desnutrición infantil severa	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
F.	Consulta por obesidad o sobrepeso	1. Sí ↔ 3. No ↔	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas

Sección SV

PPS-9

ENVIH 2002

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

(SV03 Tipo)	SV03	SV04	SV05	SV06
SERVICIOS	¿Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO	¿Cuánto se cobra por (...)? (EN LA OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)	¿Cuál es el número de (...) que otorgó el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes <input type="text"/>	¿Cuál es el número de (...) que otorgó en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERIODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> al mes <input type="text"/>
G. Consulta por vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
H. Consulta por infecciones del aparato respiratorio	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
I. Consulta por enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
J. Consulta por sutura de heridas y manejo de lesiones	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
K. Consulta por Tuberculosis Pulmonar	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
L. Consulta por Hipertensión Arterial	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas
M. Consulta por Diabetes Mellitus	1. Sí 3. No	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Consultas

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

(SV03 Tipo)	SV03	SV04	SV05	SV06
SERVICIOS	¿Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuánto se cobra por (...)? (EN LA OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)	¿Cuál es el número de (...) que otorgó el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes <input type="text"/>	¿Cuál es el número de (...) que otorgó en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERÍODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> al mes <input type="text"/>
N. Consulta por cáncer cervicouterino	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
O. Consulta por otro tipo de cánceres	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
P. Papanicolao	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Papanicolaos	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Papanicolaos
Q. Atención Prenatal	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Atenciones	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Atenciones
R. Atención al parto	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/> RENGLÓN S			
a) Parto normal	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Partos	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Partos
b) Cesárea	1. Si <input type="checkbox"/> ↗ 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cesáreas	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cesáreas

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

(SV03 Tipo) SERVICIOS	SV03 ¿Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	SV04 ¿Cuánto se cobra por (...)? (EN LA OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)	SV05 ¿Cuál es el número de (...) que otorgó el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes [][]-[][]-[][]	SV06 ¿Cuál es el número de (...) que otorgó en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERIODO DE REFERENCIA) Del mes [][]-[][] al mes [][]-[][]
S. Raquiarestesia	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Raquiarestesias	1. [] . [] . [] . [] Raquiarestesias
T. Ultrasonido	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Ultrasonidos	1. [] . [] . [] . [] Ultrasonidos
U. Examen / revisión dental	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Revisiones dentales	1. [] . [] . [] . [] Revisiones dentales
V. Rayos X	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Rayos X	1. [] . [] . [] . [] Rayos X
W. Consulta ocasionada por algún tipo de violencia doméstica	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Consultas	1. [] . [] . [] . [] Consultas
X. Consultas ocasionadas por algún tipo de violencia social	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Consultas	1. [] . [] . [] . [] Consultas
Y. Atención a pacientes que tienen VIH/SIDA	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Consultas	1. [] . [] . [] . [] Consultas
Z. Atención o cuidados a pacientes que necesitan pasar la noche en el proveedor de salud	1. Si ↗ 2. No ↘ 3. No ↗	1. \$ [] . [] . [] . [] precio máximo \$ [] . [] . [] . [] precio mínimo 2. \$ [] . [] . [] . [] precio único 3. Gratuito	1. [] . [] . [] . [] Consultas	1. [] . [] . [] . [] Consultas

Sección SV

PPS-12

ENVIH 2002

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

Las siguientes preguntas son acerca de los servicios de medicina preventiva que usted ofrece.

SV07. ¿Se ofrece el servicio de vacunación en este proveedor de salud?	Si:.....1 No:.....3 → SV24
SV08. ¿Dónde se encuentran guardadas las vacunas? (LEER OPCIONES)	1 2 3 4 5
1. Refrigerador / caja especial para vacunas 2. Refrigerador de uso doméstico 3. Refrigerador no eléctrico 4. No existe lugar disponible para vacunas 5. Otro (especificar)	
SV09. ¿Se cuenta con termómetro para llevar el control adecuado de la temperatura de las vacunas?	Si:.....1 No:.....3 → SV11
SV10. ¿Cuál es la temperatura del termómetro registrada la última vez, a la que se encuentran guardadas las vacunas?	1. Termómetro especial °C a) °C 2. Termómetro normal °C b) °C 8. NS
SV11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas semanas no hubo agujas para vacunas?	1. Semanas 2. Siempre ha habido 8. NS
SV12. Actualmente ¿cuenta con material, equipo e instrumental necesario para realizar el servicio de vacunación?	1 3
SV13. En los últimos 6 meses, ¿ha contado con material, equipo e instrumental necesario para realizar el servicio de vacunación? (LEER OPCIONES)	1 2 3 4
1. Sí, siempre 2. La mayoría de las veces 3. Casi nunca 4. Nunca	

(SV14 Tipo)	SV14	SV15
VACUNA	¿Se aplica regularmente la vacuna (...)? HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el precio que se cobra por una aplicación de la vacuna (...)?
A. BCG / Tuberculosis	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
B. SABIN / Poliomieltitis	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
C. Pentavalente/Quintuple (Difteria, Toserina, Tétanos, Hepatitis B, Haemophilus Influenzae)	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
D. Hepatitis B	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
E. DPT (Difteria, Toserina y Tétanos)	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
F. Triple viral (Sarampión, Rubéola y Parotitis)	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
G. Doble viral	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
H. Td (Tétanos y Difteria)	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
I. Antisueños	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito
J. Antirrábica humana	1. Si 3. No 8. NS	1. \$ aplicación 2. Gratuito

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

SV16. ¿Se ofrecen vacunas, distintas a las mencionadas?	Si..... 1 No..... 3 → SV18
SV17. ¿Cuáles son las vacunas que ofrece, además de las mencionadas? (SEÑALAR LAS MÁS IMPORTANTES)	1. _____ 2. _____ 3. _____
SV18. En los últimos 6 meses, ¿ha fallado por más de una semana alguna de las vacunas que le he mencionado?	Si..... 1 No..... 3 → SV20
SV19. ¿Cuáles han sido las vacunas que han fallado por más de una semana en los últimos 6 meses? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)	01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____

SV20. ¿Compra este proveedor/ usted las vacunas o las recibe de alguna institución? (LEER OPCIONES)	1 → SV24 2 _____ 3 _____
SV21. ¿Quién financia o dona la vacunas? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)	01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____
SV22. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN SV21? SI..... NO.....	1 → SV23 3 → SV24
SV23. Señale en orden de importancia quiénes financian o donan las vacunas que se utilizan en este proveedor de salud. (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)	(SEÑALE LOS MÁS REPRESENTATIVOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA) 01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales o universitarios 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia del proveedor de salud 10. <input type="checkbox"/> Donativos 11. <input type="checkbox"/> Otro _____

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

SV24. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD. INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, ETC.	
SV25. ¿Se ofrece orientación o servicios de planificación familiar en esta unidad de salud?	Si..... 1 No..... 3 → SV31
SV26. ¿Ofrece usted servicios de planificación familiar? (LEER OPCIONES)	1 → SV29 2 3
1. Solo pláticas sobre planificación familiar 2. Tanto pláticas como servicios de planificación 3. Solo servicios de planificación familiar	

Las siguientes preguntas son acerca de los métodos de planificación familiar que usted ofrece.

(SV27 Tipo)	SV27 ¿Se venden o regalan (...) en este proveedor de salud? SIGA HACIA ABAJO	SV28 ¿Cuál es el precio que se cobra por (...)? (PRESENTACIÓN MÁS VENDIDA O REGALADA) PRECIO PRESENTACIÓN
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
A. Anticonceptivos orales	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS 1. Caja con 21 pastillas 2. Caja con 28 pastillas 3. Otra (especificar) _____
B. Anticonceptivos inyectables	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS 1. Mensual 2. Trimestral 3. Otra (especificar) _____
C. Preservativos/condones	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS 1. Caja de 3 2. Caja de 9 3. Otra (especificar) _____
D. Implante subdérmico (Norplant o Implanon)	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS 1. 5 años 2. 3 años 3. Otra (especificar) _____
E. DIU plástico/espiral o T de cobre	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS 1. Aplicación
F. Ligadura de trompas de falopio/esterilización femenina	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS Promedio 1. Intervención
G. Vasectomía/esterilización masculina	1. Si → 3. No	1. \$ _____ 2. Gratuito 8. NS Promedio 1. Intervención

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

<p>SV29. Si un paciente necesita algún método anticonceptivo que no sea ofrecido en este proveedor de salud, ¿usted lo refiere generalmente a otro lugar?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 → SV31</p>
<p>SV30. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos por los que generalmente son referidos los pacientes? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticonceptivos hormonales (orales/inyectables/implante subdérmico) 2. DIU plástico/ espiral/ T de cobre 3. Preservativos 4. Esterilización femenina (salpingodacia) 5. Esterilización masculina (vasectomía) 6. Otro (especificar) 	<p>1 2 3 4 5 6 _____</p>

SERVICIOS OFRECIDOS (SECCIÓN SV)

SV31. ENTREVISTADOR:
 1. SI EL PROVEEDOR DE SALUD ES PARTERA, CURANDERO, HIERBERO, HUESERO (PRACTICANTE TRADICIONAL) → SV33
 2. SI EL PROVEEDOR DE SALUD ES MÉDICO, FARMACIA O DISPENSARIO MÉDICO → SV32

SV32. Además de los servicios que le he mencionado, ¿ofrece usted otros servicios importantes?
 Si.....1 → SV37
 No.....3 → SV37

SV33	SV34	SV35	SV36
Me podría mencionar 5 servicios que usted principalmente ofrece. (DIFERENTES A LOS MENCIONADOS) SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuánto se cobra por (...)? (EN LA OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)	¿Cuál es el número de (...) que otorgó el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes <input type="text"/>	¿Cuál es el número de (...) que otorgó en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERIODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> al mes <input type="text"/>
A. _____	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
B. _____	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
9. NA → SV37	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
C. _____	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
9. NA → SV37	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
D. _____	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
9. NA → SV37	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
E. _____	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas
9. NA → SV37	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> precio único 3. Gratuito	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Consultas

MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD (SECCIÓN MS)

MS01. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD, INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, ETC.

A continuación le voy a pedir que me proporcione información acerca del material, equipo e instrumental que tiene disponible. Puede ser que parte de este instrumental no corresponda a su especialidad. En este caso favor de contestar únicamente no.

(MS Tipo)	MS02
MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL	Actualmente, ¿usted cuenta con (...)?
MATERIAL	
A. Antisépticos	1
1. Si	
3. No	3
B. Vendas	1
1. Si	
3. No	3
C. Guantes desechables	1
1. Si	
3. No	3
D. Gasas	1
1. Si	
3. No	3
E. Hilo para suturar	1
1. Si	
3. No	3
F. Jeringas	1
1. Si	
3. No	3
MS03. ENTREVISTADOR: ¿EL PROVEEDOR ES PARTERA, CURANDERA, HUESERO, ETC?	1 → MS04
SI.....1	
NO.....3	
EQUIPO MEDICO	
G. Estetoscopio Diauricular	1
1. Si	
3. No	3
H. Estetoscopio rígido de Pinard	1
1. Si	
3. No	3
I. Incubadora	1
1. Si	
3. No	3
J. Bascula para bebé	1
1. Si	
3. No	3
K. Bascula con estadímetro	1
1. Si	
3. No	3

(MS Tipo)	MS02
MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL	¿Usted cuenta con (...)?
L. Esterilizador	1
1. Si	
3. No	3
M. Baumanómetro	1
1. Si	
3. No	3
N. Microscopio	1
1. Si	
3. No	3
O. Electrocardiógrafo	1
1. Si	
3. No	3
INSTRUMENTAL	
P. Estuche de diagnóstico	1
1. Si	
3. No	3
Q. Equipo de disección	1
1. Si	
3. No	3
R. Espejo vaginal	1
1. Si	
3. No	3
S. Sondas	1
1. Si	
3. No	3

MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD (SECCIÓN MS)

<p>MS04. ¿Utiliza usted algún otro instrumental, material o equipo, aparte de los mencionados?</p>	<p>Si..... 1 → MS06 No..... 3 →</p>
<p>MS05. Señale el instrumental, material o equipo que generalmente utilice, y que no ha sido mencionado (Señale los 5 más importantes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Material, instrumental o equipo 2. Material, instrumental o equipo 3. Material, instrumental o equipo 4. Material, instrumental o equipo 5. Material, instrumental o equipo 	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____</p>
<p>MS06. En los últimos 6 meses, ¿ha faltado por más de una semana algún material, instrumental o equipo de los que se han mencionado?</p>	<p>Si..... 1 → MS08 No..... 3 →</p>
<p>MS07. ¿Cuál es el material, equipo e instrumental médico que ha faltado? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. Antisépticos 02. Vendas 03. Guantes desechables 04. Gasas 05. Hilos para suturar 06. Estetoscopio biauricular 07. Estetoscopio rígido de Pinard 08. Incubadora 09. Báscula para bebé 10. Báscula con estadímetro 11. Esterilizador 12. Baumanómetro 13. Microscopio 14. Electrocardiógrafo 15. Centrífugas 16. Estuche de diagnóstico 17. Equipo de disección 18. Espejo vaginal 19. Sondas 20. Otro 21. Otro 22. Otro 23. Otro 24. Otro 	<p>01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____ 13 _____ 14 _____ 15 _____ 16 _____ 17 _____ 18 _____ 19 _____ 20 _____ 21 _____ 22 _____ 23 _____ 24 _____</p>
<p>MS08. ¿Compra este proveedor el material, equipo e instrumental o lo recibe de alguna institución? (LEER OPCIONES)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo compra 2. Lo compra y lo recibe en especie 3. Lo recibe en especie 	<p>1 → SECCIÓN MED 2 _____ 3 _____</p>
<p>MS09. ¿Quién financia o dona el material, instrumental o equipo que se utiliza en esta unidad? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia del proveedor de salud 10. Propiedad del personal de salud 11. Donativos 12. Otro (especificar) 	<p>01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____</p>
<p>MS10. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN MS09? Si..... 1 → MS11 No..... 3 → SECCIÓN MED</p>	
<p>MS11. Señale en orden de importancia quiénes financian o donan el instrumental, material o equipo (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia del proveedor de salud 10. Propiedad del personal de salud 11. Donativos 12. Otro (especificar) 	<p>1. <input type="checkbox"/> SSA 2. <input type="checkbox"/> IMSS 3. <input type="checkbox"/> ISSSTE 4. <input type="checkbox"/> DIF 5. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales 6. <input type="checkbox"/> Cruz roja 7. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 8. <input type="checkbox"/> PEMEX 9. <input type="checkbox"/> Compra propia del proveedor de salud 10. <input type="checkbox"/> Propiedad del personal de salud 11. <input type="checkbox"/> Donativos 12. <input type="checkbox"/> Otro _____</p>

SALA DE ESPERA (SECCIÓN SA)

<p>MED08. En los últimos 6 meses, ¿ha faltado, por más de una semana alguno de los medicamentos mencionados?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → MED10</p>
<p>MED09. ¿Qué medicamentos son los que principalmente han faltado?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. Ampicilina 02. Eritromicina 03. Trimetoprim / sulfametoxazol 04. Cloranfenicol 05. Penicilina GP 06. Captopril 07. Nifedipina 08. Furosemida 09. Metronidazol 10. Albendazol 11. Tolbutamida 12. Gilbencianida 13. Clorpropamida 14. Acido acetilsalicilico 15. Paracetamol / Acetaminofén 16. Naproxeno 17. Diclofenaco 18. Etambutol 19. Isoniazida, rifampicina 20. Cloroquina 21. Primaquina 22. Hierro 23. Acido Fólico tabletas 24. Sobre de electrolitos orales 25. Solución isotónica de cloruro de sodio 26. Solución glucosada 27. Otro (especificar) 28. Otro (especificar) 29. Otro (especificar) 	<p>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 27 28 29</p>
<p>MED10. A parte de los grupos de medicamentos mencionados, ¿usted regala o vende otros medicamentos?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → MED12</p>
<p>MED11. ¿Cuáles son estos medicamentos?</p> <p>(SEÑALAR LAS MÁS IMPORTANTES)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Medicamento (especificar) 2. Medicamento (especificar) 3. Medicamento (especificar) 	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p>
<p>MED12. ¿Compra este proveedor de salud los medicamentos o los recibe de alguna institución? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Los compra 2. Los compra y los recibe en especie 3. Los recibe en especie 	<p>1 2 3 → MED16</p>
<p>MED13. ¿Quiénes financian o donan los medicamentos que son regalados o vendidos a los pacientes? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia del proveedor de salud 10. Donativos 11. Otro (especificar) 	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11</p>
<p>MED14. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN MED13?</p> <p>Si.....1 → MED15 No.....3 → MED16</p>	
<p>MED15. Señale en orden de importancia quiénes financian o donan los medicamentos que se regalan o venden (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia del proveedor de salud 10. Donativos 11. Otro (especificar) 	<p>01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia del proveedor 10. <input type="checkbox"/> Donativos 11. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</p>

PARTERA TRADICIONAL (SECCIÓN PT)

MED16. ENTREVISTADOR: **1. SÍEL PROVEEDOR DE SALUD ES PARTERA, CURADERO, HERBERO, HUESERO (PRACTICANTE TRADICIONAL) → MED17**
2. SÍEL PROVEEDOR DE SALUD ES MEDICO, FARMACIA O DISPENSARIO MEDICO → SECCIÓN SRM

MED17. ¿Vende o regala usted remedios como hierbas, soluciones, téis o medicamentos a las personas que atiende? Si.....1
 No.....3 → SECCIÓN PT

PT02. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación por parte de alguna institución?	Si.....1 No.....3 → PT04
PT03. ¿Dónde se capacitó? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. SSA (Secretaría de Salud) 2. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 3. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 4. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 5. Servicios estatales, municipales, estatales 6. Cruz Roja 7. SEDENAMARINA (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 8. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 9. Otro (especificar)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
PT04. ¿Recibe de alguna institución algún tipo de apoyo como (...)? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Vitamina A 2. Acido Fólico 3. Tabletas de hierro 4. Sobres hidratantes 5. Pastillas de calcio 6. Anticonceptivos 7. Sábanas 8. Guantes 9. Vendas 10. Otro (especificar) 11. Otro (especificar) 99. NA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 99
PT05. ¿Dónde esteriliza, principalmente, el material que utiliza durante los partos? 1. Esterilizador 2. Herviéndolos 3. Remojándolos en alcohol 4. No esteriliza 5. Otro (especificar)	1 2 3 4 5
PT06. Actualmente, ¿atiende usted partos en la casa de las pacientes?	Si.....1 No.....3 → PT08
PT07. ¿Cuánto cobra por atender un parto en la casa de las pacientes? 1. Precio promedio	1. \$
PT08. Actualmente, ¿cuánto cobra por atender un parto en su casa o lugar de trabajo? 1. Precio 9. NA	1. \$ 9.
PT09. ¿Cuántos partos atendió la semana pasada? 1. Número de partos 8. NS	1. Partos 8. NS
PT10. ¿Cuántos partos atendió en los últimos 6 meses? 1. Número de partos 8. NS	1. Partos 8. NS
PT11. De estos partos que atendió en los últimos 6 meses, ¿cuántos partos tuvieron como resultado niños que nacieran vivos? 1. Número de partos 8. NS	1. Partos 8. NS

SALA DE REVISIÓN MÉDICA (SECCIÓN SRM)

SRM01. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD. INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HIERBEROS, HUESEROS, ETC.

SRM02. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER CONTESTADA CUANDO HAYA OBSERVADO EL CONSULTORIO DE REVISIÓN MÉDICA.

(SRM Tipo)	SRM03	SRM04
	ESTA SALA TIENE (...):	¿CÓMO CONSIDERA QUE ES LA CONDICIÓN DE (...)?
1. VENTILACIÓN CON AIRE NATURAL	1. SI 3. NO	1. SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
2. AIRE ACONDICIONADO	1. SI 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
3. LUZ NATURAL	1. SI 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
4. LUZ ARTIFICIAL	1. SI 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
5. TARJA O LUGAR PARA LAVARSE LAS MANOS	1. SI 3. NO	
6. BOTE DE BASURA	1. SI 3. NO	1. SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
7. CAMA DE REVISIÓN MÉDICA	1. SI 3. NO	1. EN BUENAS CONDICIONES 2. EN CONDICIONES REGULARES 3. EN MALAS CONDICIONES

SALA DE REVISIÓN MÉDICA (SECCIÓN SRM)

<p>SRM05. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA SALA DE REVISIÓN MÉDICA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK 2. ADOBE 3. MADERA 4. LÁMINA DE ASBESTO, LÁMINA METÁLICA, FIBRA DE VIDRIO, PÁSTICO O MICA 5. EMBARRO O BAJAREQUE 6. CARRIZO, BAMBÚ, PALMA O TEJAMANIL 7. LÁMINA DE CARTÓN 8. MATERIAL DE DESPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 9. OTRO (ESPECIFICAR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____
<p>SRM06. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS PAREDES EN LA SALA DE REVISIÓN MÉDICA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITAN REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITAN LIMPIEZA 3. NECESITAN REPARACIÓN 4. NECESITAN REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>SRM07. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL PISO? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MADERA, MOSAICO, LOSETA DE CONCRETO, LOSETA DE PLÁSTICO, ALFOMBRA U OTROS RECUBRIMIENTOS 2. CEMENTO FIRME 3. TIERRA 4. OTRO (ESPECIFICAR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>SRM08. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL PISO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MUY LIMPIO/MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIO/BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIO/MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIO/MUY MALA CONDICIÓN 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5

<p>SRM09. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL TECHO EN ESTA SALA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VIGUETA Y POLIURETANO, VIGUETA Y BOVEDILLA 2. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK O LOZA DE CONCRETO 3. TEJA 4. LÁMINA DE ASBESTO 5. CARRIZO, BAMBÚ O TERRADO 6. LÁMINA METÁLICA, FIBRA DE VIDRIO, PLÁSTICO O MICA 7. PALMA, TEJAMANIL O MADERA 8. LÁMINA DE CARTÓN 9. MATERIAL DE DESPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 10. OTRO (ESPECIFICAR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____
<p>SRM10. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL TECHO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITA REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITA LIMPIEZA 3. NECESITA REPARACIÓN 4. NECESITA REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>SRM11. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS CORTINAS?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CORTINAS LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO 2. PERSIANAS LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO 3. CORTINAS SUCIAS O EN MAL ESTADO 4. PERSIANAS SUCIAS O EN MAL ESTADO 5. NO TIENE CORTINAS NI PERSIANAS 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5

SALA DE ESPERA (SECCIÓN SA)

SA01. ENTREVISTADOR: ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN APLICARSE A TODOS LOS PROVEEDORES DE SALUD. INCLUYA PARTERAS, CURANDEROS, HERBEROS, HUESEROS, ETC.
 SA02. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER LLENADA POR EL ENCUESTADOR MEDIANTE OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE ESPERA.

SA03. ¿EXISTE UNA SALA ESPECIAL DONDE ESPERA LA GENTE PARA SER ATENDIDA?	SI.....1 NO.....3 → SA16
--	-----------------------------

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LA SALA DE ESPERA

(SA Tipo)	SA04	SA05
	ESTA SALA TIENE (...):	¿CÓMO CONSIDERA QUE ES LA/ EL (...)?
A. VENTILACIÓN CON AIRE NATURAL	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
B. AIRE ACONDICIONADO	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
C. LUZ NATURAL	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
D. LUZ ARTIFICIAL	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
E. SANITARIO	1. SI 3. NO ↕	1. LIMPIO/ EN BUENAS CONDICIONES 2. NECESITA LIMPIEZA/ EN MALAS CONDICIONES
F. BOTE DE BASURA	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA

SALA DE ESPERA (SECCIÓN SA)

<p>SA06. ¿CÓMO ESPERA LA GENTE SER ATENDIDA? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EN SILLAS / BANCAS 2. EN SILLONES 3. DE PIE 4. EN EL SUELO 5. EN LOS PASILLOS 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5
<p>SA07. ¿SE ENCUENTRA SATURADA LA SALA DE ESPERA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 3. NO 	<ol style="list-style-type: none"> 1 3
<p>SA08. ¿EN QUÉ CONDICIÓN SE ENCUENTRAN LAS SILLAS, BANCAS O SILLONES, DE LA SALA DE ESPERA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MUY LIMPIAS / MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIAS / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIAS / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIAS / MUY MALA CONDICIÓN 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5
<p>SA09. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA SALA DE ESPERA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK. 2. ADOBE 3. MADERA 4. LÁMINA DE ASBESTO, LÁMINA METÁLICA, FIBRA DE VIDRIO, PÁSTICO, OMIÇA 5. EMBARRO O BALAREQUE 6. CARRIZO, BAMBÚ, PALMA O TEJAMANIL 7. LÁMINA DE CARTÓN 8. MATERIAL DE DESPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 9. OTRO (ESPECIFICAR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<p>SA10. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS PAREDES EN LA SALA DE ESPERA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITAN REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITAN LIMPIEZA 3. NECESITAN REPARACIÓN 4. NECESITAN REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>SA11. ¿EXISTEN CARTELES PEGADOS EN LAS PAREDES DE ESTA SALA QUE INFORMEN ACERCA DEL CUIDADO DE LA SALUD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA, HIGIENE BUCAL, ETC.?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 3. NO 	<ol style="list-style-type: none"> 1 3
<p>SA12. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL PISO?</p> <p>(SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MADERA, MOSAICO, LOSETA DE CONCRETO, LOSETA DE PLÁSTICO, ALFOMBRA U OTROS RECUBRIMIENTOS 2. CEMENTO FIRME 3. TIERRA 4. OTRO (ESPECIFICAR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>SA13. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL PISO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MUY LIMPIO / MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIO / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIO / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIO / MUY MALA CONDICIÓN 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5

SALA DE ESPERA (SECCIÓN SA)

<p>SA14. ¿CUÁLES ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL TECHO EN ESTA SALA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VIGUETA Y POLIURETANO, VIGUETA Y BOVEDILLA 2. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK, LOZA DE CONCRETO 3. TEJA 4. LAMINA DE ASBESTO 5. CARRIZO, BAMBU O TERRADO 6. LAMINA METALICA, FIBRA DE VIDRIO, PLÁSTICO O MICA 7. PALMA, TEJAMANIL O MADERA 8. LAMINA DE CARTÓN 9. MATERIAL DE DESPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 10. OTRO (ESPECIFICAR) 	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____</p>
<p>SA15. ¿CUAL ES LA CONDICIÓN DEL TECHO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITA REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITA LIMPIEZA 3. NECESITA REPARACIÓN 4. NECESITA REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<p>1 2 3 4</p>

SA16. RESPECTO A LO OBSERVADO ANÓTE AQUELLO QUE LE HAYA LLAMADO LA ATENCIÓN.

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE)

ENTREVISTADOR: LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR EL LIBRO.

<p>NE01. ¿QUÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) A. PERSONAL DE SALUD B. PERSONAL ADMINISTRATIVO C. PACIENTE(S) D. OTRO (ESPECIFICAR) _____</p>	<p>NE02. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO? 1. EXCELENTE 2. BUENA 3. NO MUY BUENA 4. MALA 5. MUY MALA</p>	<p>NE03. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO? 1. EXCELENTE 2. BUENA 3. NO MUY BUENA 4. MALA 5. MUY MALA</p>
<p>NE04. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO? _____ _____ _____</p>	<p>NE05. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED? _____ _____ _____</p>	<p>NE06. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO? _____ _____ _____</p>
<p>NE07. NOTAS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>		

