

## CUESTIONARIO DE CENTROS DE SALUD

**Instrucciones:** en las preguntas de selección, puede indicarse las opciones mediante 2 símbolos:

: Este símbolo indica que la selección es única. Solo se puede elegir una opción del listado.

: Este símbolo indica que la selección es múltiple. Se puede seleccionar más de una opción del listado.

## 0 DATOS DEL CUESTIONARIO

0.1. Fecha de levantamiento \*

0.2. Nombre encuestador \*

## 0.3. Personas entrevistadas/contactos

0.3.1. Nombre persona	0.3.2. Cargo / puesto	0.3.3. Teléfono	0.3.4. Correo electrónico	0.3.5. Consentimiento del uso de las informaciones para SIASAR	0.3.6. Firma (sólo en la versión en papel)
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	
				<input type="radio"/> 1: Si <input type="radio"/> 2: No	

Nota: añadir tantas filas como sea necesario

**Nota para el levantamiento:** Se recomienda hacer al menos una fotografía lo más representativa posible del centro

## A INFORMACIÓN GENERAL

### A1. Localización del centro

A1.1. Latitud\* (grados decimales)

A1.2. Longitud\* (grados decimales)

A1.3. Altitud\* (m)

A1.4. Aldea\*

A1.5. Municipio\*

A1.6. Departamento\*

A2. Nombre del centro \*

A3. Código del centro (en el caso de que el país tenga códigos oficiales el país para los centros)

A4. Tipo de centro \*

1. Centro de Atención Especializada  
 2. Centro Odontológico  
 3. Clínica Periférica  
 4. Centro Materno Infantil  
 5. Centro Médico Odontológico  
 6. Centro de Salud Rural  
 7. Hospital de Área  
 8. Hospital Nacional  
 9. Hospital Regional  
 10. Policlínico  
 11. Unidad de Atención Primaria en Salud  
 12. Establecimiento de Salud Familiar  
 13. Centro Integral de Salud  
 99. Otro, especificar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A5. Personal salud y administrativo \*

5.1. N.º total femenino

5.2. N.º total masculino

A6. Usuarios promedio del sistema de salud \*

6.1. N.º promedio diario de pacientes femeninos

6.2. N.º promedio diario de pacientes masculinos

A7. Nombre de las comunidades rurales atendidas por el centro de salud\* (comunidades de las que el centro de salud recibe pacientes)

**A.99 Campos específicos del país****A99.1. Entidades que el centro de salud recibe apoyo externo**

- 1. Municipalidad
- 2. Asociación de Padres de Familia
- 3. Departamento de Educación y Comunicación Ambiental y Salud (DECOAS)
- 4. UNICEF
- 5. ONGs
- 6. Secretaría de Salud
- 99. Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Las preguntas A99.2 y A99.3, están ubicadas en los bloques "C" y "D" respectivamente, páginas 6 y 7.

**A8. Observaciones sobre el centro**

**B SERVICIO DE AGUA**

**B1. ¿El centro tiene algún sistema de agua? \*** (*sistema tal y como lo entiende SIASAR: agua de tubería, pozo o manantial protegido, captación de agua lluvia, siempre proveniente de una fuente de agua mejorada*)

1. Sí, compartido con la comunidad       2. Sí, exclusivo para el centro       3. No

**Para los casos en los que SÍ exista un sistema de agua**

(Si B1 = "1. Sí, compartido con la comunidad" o "2. Sí, exclusivo para el centro"), responda a las siguientes preguntas:

**B2. Nombre del sistema comunitario que abastece el centro**  
(Si B1 = "1. Sí, compartido con la comunidad")

**B3. Funcionamiento del sistema de agua en el centro \***  
(confirmarlo en el momento de la visita)

- |          |                               |  |
|----------|-------------------------------|--|
| <b>A</b> | <input type="radio"/> Bueno   | Funciona correctamente, mantenimiento al día y no requiere intervención alguna.                              |
| <b>B</b> | <input type="radio"/> Regular | Funciona con necesidad de mejorar el mantenimiento   |
| <b>C</b> | <input type="radio"/> Malo    | Funciona o no con necesidad de intervención en asesoramiento técnico pero realizables por el centro público. |
| <b>D</b> | <input type="radio"/> Caído   | No funciona, requiere de rehabilitación/reconstrucción completa  |

**B4. ¿Se usa el agua del sistema para consumo del centro?**

- 1: Sí       2: No

**B5. En caso de que no se use el agua del sistema para consumo del centro de salud** (Si B4 = "2. No")

**B5.1. ¿Cuál es la fuente principal de agua para consumo (agua para beber) del centro de salud?** (*marcar solo la que se usa con más frecuencia*)

- 1: Agua de lluvia  
 2: Pozo o manantial no protegido  
 3: Agua envasada  
 4: Carro o camión cisterna  
 5: Agua superficial (lago, río o arroyo)  
 6: Sin fuente de agua (pase a B7)

**B5.2. Indicar los principales motivos de no uso del agua del sistema**

1. Por cuestiones de sabor, olor, color, etc.  
 2. Por cuestiones de calidad de agua  
 3. Por cuestiones de asequibilidad (capacidad de pago)  
 4. Por cuestiones de accesibilidad (en términos físicos)  
 5. Por cuestiones de disponibilidad (continuidad y confiabilidad)  
 99. Otro, especificar: \_\_\_\_\_

**B6. ¿Dispone el centro actualmente de agua para consumo (agua para beber) procedente de la fuente principal?**

- 1: Sí       2: No

**Para los casos en los que NO exista un sistema de agua**

(B1 = "3. No"), responda a las siguientes preguntas:

**B5.1. ¿Cuál es la fuente principal de agua para consumo (agua para beber) del centro de salud?** (*marcar solo la que se usa con más frecuencia*)

- 1: Agua de lluvia  
 2: Pozo o manantial no protegido  
 3: Agua envasada  
 4: Carro o camión cisterna  
 5: Agua superficial (lago, río o arroyo)  
 6: Sin fuente de agua (pase a B7)

**B6. ¿Dispone el centro actualmente de agua para consumo (agua para beber) procedente de la fuente principal?**

- 1: Sí       2: No

**B7. Observaciones sobre el servicio de agua en el centro**

*(puede responder a este campo haya o no sistema de agua en el centro)*

## C SERVICIO DE SANEAMIENTO

### C1. ¿Dispone el centro de salud de inodoros o letrinas? \*

- 1: Sí  2: No

#### En caso de NO existir inodoros o letrinas

(Si "C1= 2. No"), Pase directamente al campo C8

#### En caso de SÍ existir inodoros o letrinas

(Si C1= "1. Sí"), responda las siguientes preguntas:

### C2. ¿De qué tipo de inodoros o letrinas dispone el centro de salud? \* (marcar sólo la más habitual)

- 1: Inodoro de arrastre hidráulico  
 2: Letrinas de pozo excavado con losa  
 3: Letrinas de compostaje  
 4: Letrinas de pozo excavado sin losa  
 5: Letrinas colgantes  
 6: Letrinas de balde o cubeta

### C3. ¿De cuántos inodoros o letrinas dispone el centro? \* (se recomienda involucrar, en la medida de lo posible, al personal sanitario en la respuesta)

Tipo de Uso de las Unidades Sanitarias	1. Total	2. Utilizables (disponibles, en funcionamiento y privados)
C.3.1. Inodoros para mujeres		
C.3.2. Inodoros para hombres		
C.3.3. Inodoros para uso común (unisex)		

### A99. Estado de la infraestructura Sanitaria

#### A99.2. Cantidad de unidades sanitarias en buen estado

(Por diferencia con la pregunta anterior (C3) se estiman las que están en regular y/o mal estado)

Número:

### C4. ¿Hay unidades sanitarias reservados para el personal?

- 1: Sí  2: No

### C5. ¿Hay unidades sanitarias con instalaciones para la higiene menstrual? \* (es decir, con un recipiente con tapa para desechar los materiales usados más agua y jabón en un espacio privado para lavarse)

- 1: Sí  2: No

### C6. ¿Dispone el centro de al menos un inodoro o letrina utilizable que sea accesible para las personas con capacidades diferentes? \* (con movilidad o visión reducida)

- 1: Sí  2: No

### C7. ¿En general, qué tan limpios están los inodoros o letrinas del centro de salud?

- 1: Limpios  
 Todos los inodoros no tienen un olor fuerte ni un número significativo de moscas o mosquitos, y no hay heces visibles en el piso, las paredes, el asiento (o la bandeja) o alrededor de la instalación.
- 2: Limpios en cierta medida  
 Hay algún olor y / o algún signo de materia fecal en algunos de los inodoros.
- 3: No están limpios  
 Hay un olor fuerte y / o presencia de materia fecal en la mayoría de los inodoros.

### C8. Observaciones sobre el servicio de saneamiento en el centro

(puede igualmente responder este campo, aunque no haya inodoros o letrinas en el centro)

**D HIGIENE**

**D1. ¿Dispone el centro de salud de instalaciones para el lavado de manos? \***

- 1: Sí  2: No

**D2. ¿Disponen actualmente de agua y jabón las instalaciones para el lavado de manos? \* (Si D1 = "1, Sí")**

- 1: Sí, agua y jabón  
 2: Solo agua  
 3: Solo jabón  
 4: Ni agua, ni jabón

**A99. Estado de la infraestructura de Higiene**

**A99.3. Cantidad de unidades de higiene en regular y/o mal estado**

Número:

**D3. Observaciones sobre la higiene en el centro**

*(puede igualmente responder este campo, aunque no haya instalaciones para el lavado de manos en el centro)*