## Cuestionario de centros de salud

|  |  |
| --- | --- |
| **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)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*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 específicos para los centros)*

|  |
| --- |
|  |

**A4. Tipo de centro \*** *(respuesta múltiple)*

( ) Centro de Atención Especializada

( ) Centro Odontológico

( ) Clínica Periférica

( ) Centro Materno Infantil

( ) Centro Médico Odontológico

( ) Centro de Salud Rural

( ) Hospital de Área

( ) Hospital Nacional

( ) Hospital Regional

( ) Policlínico

( ) 99. Otro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A5. Personal salud y administrativo \***

|  |  |
| --- | --- |
| **5.1. Nº total femenino** |  |
| **5.2. Nº 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)*

|  |
| --- |
|  |

**A8. Observaciones sobre el centro**

|  |
| --- |
|  |

**A.99 Campos específicos del país**

**A99.1. Entidades que el centro de salud recibe apoyo externo** (respuesta múltiple)

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Municipalidad  ( ) 2. Asociación de Padres de Familia  ( ) 3. Departamento de Educación y Comunicación Ambiental y Salud (DECOAS)  ( ) 4. UNICEF  ( ) 5. ONGs  ( ) 6. Secretaria de Salud  ( ) 99. Otro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **B** | **SERVICIO DE AGUA** | |

**B1. ¿El centro tiene algún sistema de agua? \*** *(respuesta múltiple)*; *(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 cuestiones:*

**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 \*** *(respuesta única)*;*(confirmarlo en el momento de la visita)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** | ( ) | **Bueno**: funciona correctamente, mantenimiento al día y no requiere intervención alguna. |
| **B** | ( ) | **Regular**: funciona con necesidad de mejorar el mantenimiento |
| **C** | ( ) | **Malo**: funciona o no con necesidad de intervención en asesoramiento técnico pero realizables por el centro público. |
| **D** | ( ) | **Caído**: no funciona, requiere de rehabilitación/reconstrucción completa |

B4. ¿Se usa el agua del sistema para consumo del centro? (respuesta única)

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 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 del centro de salud?*(respuesta única)*;*(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

B5.2. **Indicar los principales motivos de no uso del agua del sistema**  *(respuesta múltiple)*

( ) 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 procedente de la fuente principal? (respuesta única)

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Sí | ( ) 2. No |

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

*(B1 = “3. No”), responda a las siguientes cuestiones:*

B5.1. ¿Cuál es la fuente principal de agua para consumo del centro de salud?*(respuesta única); (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 al bloque C)

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

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 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? \*** *(respuesta única)*

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 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 cuestiones:*

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

( ) 1. Inodoros 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 cubo

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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)** |  |  |

**C4. ¿Hay retretes reservados para el personal?** *(respuesta única)*

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Sí | ( ) 2. No |

**C5. ¿Hay retretes con instalaciones para la higiene menstrual?** *(es decir, con un recipiente con tapa para desechar los materiales usados y agua y jabón en un espacio privado para lavarse); (respuesta única)*

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Sí | ( ) 2. No |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Sí | ( ) 2. No |

C7. **¿En general, qué tan limpios están los inodoros o letrinas del centro de salud?** *(respuesta única)*

( ) 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? \*** *(respuesta única)*

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) 1. Sí | ( ) 2. No |

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

( ) 1. Sí, agua y jabón

( ) 2. Solo agua

( ) 3. Solo jabón

( ) 4. Ni agua ni jabón

**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)*

|  |
| --- |
|  |