

| PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER | | WM |
|---|---|----|
| WM1. Número de conglomerado: _____ | WM2. Número de hogar: _____ | |
| WM3. Nombre y número de línea de la mujer: NOMBRE _____ | WM4. Nombre y número del supervisor/a: NOMBRE _____ | |
| WM5. Nombre y número de la entrevistadora: NOMBRE _____ | WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 20____ | |

| | | |
|--|---|--------------------|
| <p><i>Verifique la edad de la mujer en HL6 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, compruebe en HH33 que se obtenga el consentimiento de un adulto para la entrevista o que no sea necesario, (HL20=90). Si es necesario el consentimiento y no se obtiene, no se comenzará la entrevista y se registrará '06' en WM17.</i></p> | WM7. Registre la hora: | |
| | HORAS : MINUTOS _____ : _____ | |
| <p>WM8. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a esta encuestada para otro cuestionario?</p> | SÍ, YA ENTREVISTADA NO, PRIMERA ENTREVISTA..... | 1 ⇒WM9B 2 ⇒WM9A |
| <p>WM9A. Hola, me llamo (<i>su nombre</i>). Somos de UNICEF y junto con el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted aproximadamente 20 minutos. También estamos entrevistando a madres sobre sus hijos/as. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor, hágamelos saber. ¿Puedo comenzar ahora?</p> | <p>WM9B. Ahora, me gustaría hablarle sobre su salud y otros temas con más detalle. Esta entrevista durará aproximadamente 20 minutos. De nuevo, toda información que obtengamos será estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta o desea detener la entrevista, por favor, hágamelos saber. ¿Puedo comenzar ahora?</p> | |
| SÍ..... NO / NO SE PREGUNTA..... | 1 ⇒Módulo de ANTECEDENTES DE LA MUJER 2 ⇒WM17 | |

| | |
|--|--|
| <p>WM17. Resultado de la entrevista de la mujer. <i>Comente con su supervisor cualquier resultado no completado.</i></p> | COMPLETADA 01 AUSENTE 02 RECHAZO 03 COMPLETADA PARCIALMENTE 04 INCAPACITADA (<i>especifique</i>) 05 NO HAY CONSENTIMIENTO DE ADULTO PARA ENTREVISTADA DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD.....06 OTRO (<i>especifique</i>) 96 |
|--|--|

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| ANTECEDENTES DE LA MUJER | | WB |
|---|--|--|
| WB1. Verifique el número de línea de la entrevistada (WM3) en EL PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y la persona encuestada en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47): | WM3=HH47 (MISMO INFORMANTE).....1 WM3≠HH47 (DISTINTO INFORMANTE).....2 | 1 ⇒WB15 |
| WB3. ¿En qué mes y año nació usted? | FECHA DE NACIMIENTO MES ____ NS MES98 AÑO..... ____ NS AÑO.....9998 | |
| WB4. ¿Cuántos años cumplidos tiene? <i>Indague: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? Si las respuestas a WB3 y WB4 son inconsistentes, verifique la información y corrija. Deberá anotarse la edad.</i> | EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS) ____ | |
| WB5A. ¿Asiste o asistió usted a algún establecimiento educativo o al preescolar? | SÍ, ASISTE.....1 NO ASISTE, PERO ASISTIÓ.....2 NUNCA ASISTIÓ.....3 | 3 ⇒WB15 |
| WB6. ¿Cuál es el nivel y grado o año de estudios más alto al que asiste o asistió usted? | INICIAL (PRE-ESCOLAR/JARDÍN)..... 000 PRIMARIA.....1 ____ EGB.....2 ____ POLIMODAL.....3 ____ SECUNDARIA.....4 ____ SECUNDARIA ADULTOS/PLAN FINES.....5 ____ TERCIARIO.....6 ____ UNIVERSITARIO.....7 ____ POSGRADO.....8 ____ EDUCACIÓN ESPECIAL.....9 | 000 ⇒WB15 5 ⇒WB6D 8 ⇒WB6D 9 ⇒WB6D |
| WB6C. Verifique WB5A: Asiste o asistió | WB5A=1 (SI ASISTE).....1 WB5A=2 (NO ASISTE, PERO ASISTIÓ).....2 | 1 ⇒WB8B 2 ⇒WB6F |
| WB6D. Verifique WB5A: Asiste o asistió | WB5A=1 (SI ASISTE).....1 WB5A=2 (NO ASISTE, PERO ASISTIÓ).....2 | 1 ⇒WB15 |
| WB6E. ¿Finalizó usted ese nivel? | SÍ.....1 NO.....2 | 1 ⇒WB15 2 ⇒WB15 |
| WB6F. ¿Finalizó usted ese nivel? | SÍ.....1 NO.....2 | 1 ⇒WB8B |
| WB7. ¿Completó usted ese (grado/año)? | SÍ.....1 NO2 | |
| WB8A. Verifique WB4: Edad de la entrevistada | EDAD 15-24.....1 EDAD 25-49.....2 | 1 ⇒WB9 2 ⇒WB15 |
| WB8B. Verifique WB4: Edad de la entrevistada | EDAD 15-24.....1 EDAD 25-49.....2 | 1 ⇒WB11 2 ⇒WB15 |
| WB9. En algún momento durante el año lectivo <u>actual</u> , ¿asistió usted a algún establecimiento educativo? | SÍ.....1 NO2 | |
| WB11. En algún momento durante el año lectivo <u>anterior</u> , ¿asistió usted a algún establecimiento? | SÍ.....1 NO2 | 2 ⇒WB15 |

1

2

3

4

6

7

8

9

10

11

A

B

C

D

E

| ANTECEDENTES DE LA MUJER | | WB |
|---|---|----------|
| WB12. Durante ese año lectivo anterior, ¿a qué nivel y grado o año asistió usted? | PRIMARIA1 EGB2 POLIMODAL3 SECUNDARIA.....4 SECUNDARIA ADULTOS/PLAN FINES.....5 Terciario6 UNIVERSITARIO7 POSGRADO.....8 EDUCACIÓN ESPECIAL.....9 | |
| WB15. ¿Cuánto tiempo ha estado viviendo continuamente en (<i>nombre de la provincia</i>)? <i>Si es menos de un año, registre '00' años.</i> | AÑOS SIEMPRE / DESDE NACIMIENTO95 | 95 ⇒ Fin |
| WB15A. ¿En qué país nació? | ARGENTINA.....01 BOLIVIA.....02 BRASIL03 CHILE04 COLOMBIA.....05 PARAGUAY06 PERÚ.....07 URUGUAY08 VENEZUELA09 OTRO (<i>especifique</i>).....96 | |
| WB17. ¿Antes de mudarse a (<i>nombre de la provincia</i>), en qué provincia vivió usted? | CIUDAD DE BUENOS AIRES00 BUENOS AIRES.....01 CATAMARCA.....02 CHACO03 CHUBUT.....04 CÓRDOBA.....05 CORRIENTES.....06 ENTRE RÍOS07 FORMOSA.....08 JUJUY09 LA PAMPA10 LA RIOJA.....11 MENDOZA12 MISIONES13 NEUQUÉN.....14 RÍO NEGRO.....15 SALTA16 SAN JUAN.....17 SAN LUIS18 SANTA CRUZ19 SANTA FE20 SANTIAGO DEL ESTERO21 TIERRA DEL FUEGO22 TUCUMÁN.....23 FUERA DEL PAÍS.....31 | |
| WB17A. Verifique en WB17 si antes de mudarse a (<i>nombre de la provincia</i>), vivía fuera del país. | SÍ (WB17 = 31)1 NO (WB17 ≠ 31)2 | 2 ⇒ Fin |
| WB17B. ¿En qué país vivió antes de mudarse aquí? | BOLIVIA.....01 BRASIL02 CHILE03 COLOMBIA.....04 PARAGUAY05 PERÚ.....06 URUGUAY07 VENEZUELA08 OTRO (<i>especifique</i>).....96 | |

1

2

3

4

6

7

8

9

10

11

A

B

C

| USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN | | MT |
|--|--|----------|
| MT4. ¿Ha usado usted alguna vez una computadora o una <i>tablet</i> desde cualquier lugar? | SÍ.....1 NO.....2 | 2 ⇒ MT9 |
| MT5. Durante los últimos tres meses, ¿usó una computadora o <i>tablet</i> al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? <i>Si es 'Al menos una vez por semana', indague: ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días? Si es 'Sí', registre 3, si es 'No', registre 2.</i> | NUNCA.....0 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA.....1 AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA.....2 CASI TODOS LOS DÍAS.....3 | 0 ⇒ MT9 |
| MT6. Durante los últimos 3 meses, usted: | SÍ NO | |
| [A] ¿Copió o movió un archivo o una carpeta? | COPIÓ O MOVIÓ UN ARCHIVO.....1 2 | |
| [B] ¿Utilizó una herramienta de copiar y pegar para duplicar o mover información dentro de un documento? | USÓ COPIADO/PEGADO EN DOCUMENTO1 2 | |
| [C] ¿Envió un correo electrónico con un archivo adjunto, como un documento, una imagen o un video? | ENVIÓ UN CORREO ELECTRÓNICO CON UN ARCHIVO ADJUNTO1 2 | |
| [D] ¿Utilizó una fórmula aritmética básica en una hoja de cálculo? | UTILIZÓ UNA FÓRMULA ARITMÉTICA BÁSICA EN UNA HOJA DE CÁLCULO.....1 2 | |
| [E] ¿Conectó e instaló un nuevo dispositivo, como un módem, una cámara o una impresora? | CONECTÓ DISPOSITIVO.....1 2 | |
| [F] ¿Buscó, descargó, instaló y configuró algún programa? | INSTALÓ PROGRAMA.....1 2 | |
| [G] ¿Creó una presentación electrónica con algún programa para presentaciones, incluyendo texto, imágenes, sonido, video o gráficos? | CREÓ PRESENTACIÓN1 2 | |
| [H] ¿Transfirió un archivo entre una computadora y otro dispositivo? | TRANSFIRIÓ ARCHIVO1 2 | |
| [I] ¿Escribió un programa de computadora en cualquier lenguaje de programación? | PROGRAMÓ1 2 | |
| MT7. Verifique MT6[C]: ¿Se registró 'Sí'? | SÍ, MT6[C]=11 NO, MT6[C]=2.....2 | 1 ⇒ MT10 |
| MT8. Verifique MT6[F]: ¿Se registró 'Sí'? | SÍ, MT6[F]=11 NO, MT6[F]=2.....2 | 1 ⇒ MT10 |
| MT9. ¿Alguna vez usó internet desde cualquier lugar y en cualquier dispositivo? | SÍ.....1 NO.....2 | 2 ⇒ MT11 |
| MT10. Durante los últimos 3 meses, ¿usó internet al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? <i>Si es 'Al menos una vez por semana', indague: ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días? Si es 'Sí', registre 3, si es 'No', registre 2.</i> | NUNCA.....0 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA.....1 AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA.....2 CASI TODOS LOS DÍAS.....3 | |
| MT11. ¿Tiene un teléfono celular? | SÍ.....1 NO.....2 | |



| USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN | | MT |
|--|---|----|
| <p>MT12. Durante los últimos 3 meses, ¿usó un teléfono celular al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?</p> <p><i>Indague si es necesario: Me refiero a si se ha comunicado con alguien utilizando un celular.</i></p> <p><i>Si es 'Al menos una vez por semana', indague: ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?</i> <i>Si es 'Sí', registre 3, si es 'No', registre 2.</i></p> | <p>NUNCA.....1 MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA....2 AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA....3 CASI TODOS LOS DÍAS.....4</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| FECUNDIDAD | | CM |
|--|--|--|
| <p>CM1. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido a lo largo de toda su vida ¿Ha tenido usted algún parto, ya sea parto natural o por cesárea? <i>Este módulo solo deberá incluir a los niños/as nacidos vivos. Los mortinatos no se deberán incluir para ninguna de las preguntas.</i></p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 2 ⇒ CM8 |
| <p>CM2. ¿Tiene usted algún hijo o hija a quién haya parido y que esté ahora viviendo con usted?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 2 ⇒ CM5 |
| <p>CM3. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted? <i>Si la respuesta es ninguno, registre '00'.</i></p> | HIJOS VARONES VIVIENDO EN CASA..... _ _ | |
| <p>CM4. ¿Cuántas hijas viven ahora con usted? <i>Si la respuesta es ninguna, registre '00'.</i></p> | HIJAS VIVIENDO EN CASA..... _ _ | |
| <p>CM5. ¿Tiene usted algún hijo o hija vivo a quien haya parido pero que no esté ahora viviendo con usted?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 2 ⇒ CM8 |
| <p>CM6. ¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? <i>Si la respuesta es ninguno, registre '00'.</i></p> | HIJOS VARONES EN OTRO LUGAR..... _ _ | |
| <p>CM7. ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? <i>Si la respuesta es ninguna, registre '00'.</i></p> | HIJAS EN OTRO LUGAR _ _ | |
| <p>CM8. ¿Ha parido alguna vez algún niño o niña que nació vivo/a pero falleció después? <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando Me refiero a un niño/a que alguna vez lloró, se movió, sonó o hizo algún esfuerzo por respirar, o mostró algún signo de vida aun cuando haya sido por solo pocos minutos y horas.</i></p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 2 ⇒ CM11 |
| <p>CM9. ¿Cuántos niños varones han fallecido? <i>Si la respuesta es ninguno, registre '00'.</i></p> | NIÑOS VARONES MUERTOS..... _ _ | |
| <p>CM10. ¿Cuántas niñas han fallecido? <i>Si la respuesta es ninguna, registre '00'.</i></p> | NIÑAS MUERTAS..... _ _ | |
| <p>CM11. <i>Sume las respuestas a las preguntas CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 y CM10.</i></p> | TOTAL..... _ _ | |
| <p>CM12. Sólo para asegurarme de que esto esté correcto, usted tuvo en total (número total en CM11) nacidos vivos a lo largo de su vida, ¿es así?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 1 ⇒ CM14 |
| <p>CM13. <i>Verifique las respuestas de CM1-CM10 y corrija si es necesario hasta que la respuesta en CM12 sea 'Sí'.</i></p> | | |
| <p>CM14. <i>Verifique CM11, ¿Cuántos nacidos vivos?</i></p> | <p>NO NACIDOS VIVOS, CM11=00 0 SOLO UN NACIDO VIVO, CM11=01 1 DOS O MÁS NACIDOS VIVOS, CM11=02 O MÁS 2</p> | <p>0 ⇒ Fin 1 ⇒ CM15A 2 ⇒ CM15B</p> |
| <p>CM15A. ¿En qué mes y año nació su hijo/a? CM15B. ¿En qué mes y año ocurrió la última de las (número total en CM11) veces que tuvo un parto? <i>Se deben registrar mes y año.</i></p> | <p>FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO UN PARTO MES..... _ _ AÑO _ _ _ _</p> | |
| <p>CM16A. <i>Verificar CM11. ¿Cuántos nacidos vivos?</i></p> | <p>SOLO UN NACIDO VIVO, CM11=01 1 DOS O MÁS NACIDOS VIVOS, CM11=02 O MÁS 2</p> | 1 ⇒ CM17 |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| FECUNDIDAD | | CM |
|--|--|----------|
| <p>CM16B. ¿En qué mes y año ocurrió el primero de los (número total en CM11) partos que tuvo?</p> | <p>FECHA DE LA PRIMERA VEZ TUVO UN PARTO MES..... _ _ NO SABE EL MES 98</p> <p>AÑO _ _ _ _ NO SABE EL AÑO..... 9998</p> | |
| <p>CM16C. Verificar CM16B. ¿Está registrado el año de nacimiento?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | 1 ⇒ CM17 |
| <p>CM16D. ¿Hace cuántos años tuvo el primer parto?</p> <p><i>Indague:</i> ¿Qué edad tiene o hubiera tenido su hijo/a hoy? ¿Qué edad tenía usted cuando su hijo/a nació?</p> <p><i>Si utiliza la segunda pregunta, recuerde usar la edad de la encuestada para calcular los años completos desde la primera vez que tuvo un parto.</i></p> | <p>AÑOS COMPLETOS DESDE EL PRIMER PARTO _ _</p> | |
| <p>CM17. Verifique CM15A/B: La última vez que tuvo un parto ocurrió en los últimos 2 años, esto es, desde (mes de la entrevista) en (2017)?</p> <p><i>Si el mes de la entrevista y el mes de nacimiento son el mismo, y el año de nacimiento es (2017), considérela como nacimiento en los últimos 2 años.</i></p> | <p>NO TUVO UN NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS 0</p> <p>UNO O MÁS NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS 1</p> | 0 ⇒ Fin |
| <p>CM18. Pregunte el nombre del último/a nacido/a vivo/a.</p> <p><i>Si el niño ha muerto, tenga especial cuidado cuando se refiera a este niño por su nombre en los módulos siguientes.</i></p> | <p>NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO</p> <p>_____</p> | |

| EMBARAZOS INTERRUMPIDOS | | IP |
|--|--|---------|
| <p>IP1. Verifique la presencia de otros. Antes de continuar, haga todo lo posible para garantizar la privacidad.</p> | | |
| <p>IP2 ¿Ha tenido usted algún aborto?</p> | <p>SÍ..... 1 NO 2</p> | 2 ⇒ Fin |
| <p>IP3. ¿Cuántos?</p> | <p>NÚMERO DE ABORTOS _ _</p> | |
| <p>IP4. ¿Alguno fue espontáneo?</p> <p><i>Indague:</i> Por aborto espontáneo, me refiero a un embarazo de menos de 5 meses que usted no eligió interrumpir.</p> | <p>SÍ..... 1 NO 2</p> | 2 ⇒ Fin |
| <p>IP5. ¿Cuántos?</p> | <p>NÚMERO DE ESPONTÁNEOS _ _</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| ÚLTIMO NACIMIENTO | | DB |
|--|---|---------------------------------|
| <p>DB1. Verifique CM17: ¿Hubo un nacimiento vivo en los últimos 2 años?</p> <p>Copie el nombre del último nacido vivo que aparece en CM18 y úselo donde se indique:</p> <p>Nombre _____</p> | <p>SÍ, CM17=1 1</p> <p>NO, CM17=0 O EN BLANCO.....2</p> | <p>2 ⇨ Fin</p> |
| <p>DB2. Cuando quedó embarazada de (<i>nombre</i>), ¿buscó usted quedar embarazada en ese momento?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO2</p> | <p>1 ⇨ Fin</p> |
| <p>DB3. Verifique CM11: Número de nacidos vivos:</p> | <p>SOLO 1 NACIDO VIVO 1</p> <p>2 O MÁS NACIDOS VIVOS2</p> | <p>1 ⇨ DB4A</p> <p>2 ⇨ DB4B</p> |
| <p>DB4A. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o ya no quería tener ningún hijo/a?</p> <p>DB4B. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o ya no quería tener más hijos/as?</p> | <p>MÁS ADELANTE 1</p> <p>NO QUERÍA TENER MÁS/NINGUNO2</p> | |


- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO | | MN | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|----|----|------------------------|---|---|------------------------|---|---|-------------------------|---|---|--|
| <p>MN1. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?</p> <p>Copie el nombre del último nacido vivo que aparece en CM18 y úselo donde se indique:</p> <p>Nombre _____</p> | <p>SÍ, CM17=1 1</p> <p>NO, CM17=0 O EN BLANCO (SIN NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS)..... 2</p> | 2 ⇒ Fin | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN2. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (<i>nombre</i>)?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | 2 ⇒ MN7 | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN3. ¿A quién consultó?</p> <p>Indague: ¿Alguna otra persona?</p> <p>Indague a qué tipo de persona consultó y registre todas las respuestas proporcionadas.</p> | <p>PROFESIONAL DE LA SALUD</p> <p>MÉDICA/O..... A</p> <p>ENFERMERA/O B</p> <p>OBSTÉTRICA/PARTERA PROFESIONAL..... C</p> <p>AGENTE SANITARIO..... D</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>PARTERA TRADICIONAL O COMADRONA .F</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN4. ¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para este embarazo?</p> <p>Registre la respuesta tal y como la exponga la entrevistada. Si “9 meses” o más tarde, registre 9.</p> | <p>SEMANAS 1 __</p> <p>MESES 2 0 __</p> <p>NS 998</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN5. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo?</p> <p>Indague para averiguar cuántas veces recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de chequeos prenatales recibidos.</p> | <p>NÚMERO DE VECES __</p> <p>NS 98</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN6. Como parte de su chequeo prenatal durante este embarazo, ¿al menos una vez, le tomaron:</p> <p>[A] la presión arterial?</p> <p>[B] una muestra de orina?</p> <p>[C] una muestra de sangre?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SÍ</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE ORINA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE SANGRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | SÍ | NO | PRESIÓN ARTERIAL | 1 | 2 | MUESTRA DE ORINA | 1 | 2 | MUESTRA DE SANGRE | 1 | 2 | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | |
| PRESIÓN ARTERIAL | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| MUESTRA DE ORINA | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| MUESTRA DE SANGRE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN7. ¿Tiene usted algún carnet u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?</p> <p>Si es Sí, pregunte: ¿Puedo verlo, por favor?</p> <p>Si se muestra el carnet, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</p> | <p>SÍ (VIO ELCARNET U OTRO DOCUMENTO) 1</p> <p>SÍ (NO VIO EL CARNET U OTRO DOCUMENTO)..... 2</p> <p>NO 3</p> <p>NS..... 8</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN8. Cuando estaba embarazada de (<i>nombre</i>), ¿recibió alguna vacuna en el brazo para prevenir tétanos?</p> <p>Si dice que ‘NO’ indague:</p> <p>“Recuerda si le colocaron la triple bacteriana acelular DPTa, DT, Doble adultos, Antitetánica”</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MN8A. Verifique en MN7 si tiene carnet o documento donde aparezcan las vacunas aplicadas</p> | <p>SÍ (VIO EL CARNET U OTRO DOCUMENTO).....1</p> <p>NO (MN7=2, 3 U 8) 2</p> | 2 ⇒ MN19 | | | | | | | | | | | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D

| SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO | | MN | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|----|------------------|---|---|---------------|---|---|--|
| <p>MN8B. Compruebe directamente del carnet de vacunas o del documento proporcionado si (nombre) recibió las siguientes vacunas durante el embarazo de (nombre del hijo):</p> <p>[A] ANTIGRI PAL</p> <p>[B] TRIPLE BACTERIANA ACELULAR</p> <p>No registre respuesta del informante.</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTIGRI PAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ACELULAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | SÍ | NO | ANTIGRI PAL..... | 1 | 2 | ACELULAR..... | 1 | 2 | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | |
| ANTIGRI PAL..... | 1 | 2 | | | | | | | | | |
| ACELULAR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | |
| <p>MN19. ¿Quién la atendió en el parto de (nombre)?</p> <p><i>Indague: ¿Alguien más?</i></p> <p><i>Indague qué tipo de persona atendió el parto y registre todas las respuestas proporcionadas.</i></p> | <p>PROFESIONAL DE LA SALUD</p> <p>MÉDICA/O A</p> <p>ENFERMERA/O B</p> <p>OBSTÉTRICA/PARTERA PROFESIONAL C</p> <p>AGENTE SANITARIO..... D</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>PARTERA TRADICIONAL O COMADRONA . F</p> <p>PARIENTE/AMIGA/O H</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>NADIE Y</p> | | | | | | | | | | |
| <p>MN20. ¿Dónde fue el parto de (nombre)?</p> <p><i>Indague para identificar el lugar donde fue el parto.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(<i>Nombre del lugar</i>)</p> | <p>HOGAR</p> <p>HOGAR DE LA ENTREVISTADA 11</p> <p>OTRO HOGAR 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO O MATERNIDAD..... 21</p> <p>CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS).....22</p> <p>OTRO PÚBLICO (<i>especifique</i>) _____ 26</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO/SANATORIO 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... 32</p> <p>MATERNIDAD PRIVADA 33</p> <p>OTRO CENTRO MÉDICO PRIVADO (<i>especifique</i>) _____ 36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ 96</p> | <p>11 ⇒MN23</p> <p>12 ⇒MN23</p> <p>96 ⇒MN23</p> | | | | | | | | | |
| <p>MN21. ¿Nació (nombre) por cesárea?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | <p>2 ⇒MN23</p> | | | | | | | | | |
| <p>MN22. ¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea?</p> <p><i>Indague si es necesario: ¿Fue antes o después de que comenzara con el trabajo de parto (contracciones)?</i></p> | <p>ANTES DE COMENZAR CON EL TRABAJO DE PARTO (CONTRACCIONES) 1</p> <p>DESPUÉS COMENZAR EL TRABAJO DE PARTO (CONTRACCIONES) 2</p> | | | | | | | | | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO | | MN |
|---|---|---------------------------------|
| <p>MN23. Inmediatamente después del nacimiento, ¿(nombre) fue puesto directamente sobre la piel desnuda de su pecho?</p> <p><i>Si es necesario, muestre a la mujer la imagen de la posición piel a piel.</i></p>  <p><small>Photo Credit: Joyce Osáwim</small></p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA..... 8</p> | <p>2 ⇨ MN25</p> <p>8 ⇨ MN25</p> |
| <p>MN24. Antes de ponerlo sobre la piel desnuda de su pecho, ¿el bebé fue envuelto?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA..... 8</p> | |
| <p>MN25. ¿Fue (nombre) secado o limpiado poco después del nacimiento?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS/ NO RECUERDA..... 8</p> | |
| <p>MN26. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento fue (nombre) bañado/a por primera vez?</p> <p><i>Si responde “inmediatamente” o menos de 1 hora, registre ‘000’.</i></p> <p><i>Si responde menos de 24 horas, registre horas.</i></p> <p><i>Si responde “1 día” o “al día siguiente”, indague: ¿Aproximadamente cuántas horas después del nacimiento?</i></p> <p><i>Si responde “24 horas”, indague para asegurar la mejor estimación de menos de 24 horas o 1 día. Si responde 24 horas o más, registre días.</i></p> | <p>INMEDIATAMENTE/MENOS DE 1 HORA 000</p> <p>HORAS..... 1 ____</p> <p>DÍAS..... 2 ____</p> <p>NUNCA BAÑADO/A 997</p> <p>NS/ NO RECUERDA..... 998</p> | |
| <p>MN33. ¿Pesaron a (nombre) al nacer?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | <p>2 ⇨ MN35</p> <p>8 ⇨ MN35</p> |
| <p>MN34. ¿Cuánto pesó (nombre)?</p> <p><i>Transcriba el peso del certificado de nacimiento, si está disponible.</i></p> | <p>DEL CERTIFICADO 1 (KG) __ . ____</p> <p>DE LO QUE RECUERDA 2 (KG) __ . ____</p> <p>NS 99998</p> | |
| <p>MN35. ¿Volvió su periodo menstrual después del nacimiento de (nombre)?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | |
| <p>MN36. ¿Alguna vez le dio pecho a (nombre)?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | <p>2 ⇨ MN39B</p> |
| <p>MN37. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio pecho a (nombre) por primera vez?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, registre ‘00’ horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es menos de 24 horas, registre horas.</i></p> <p><i>En cualquier otro caso, registre días.</i></p> | <p>INMEDIATAMENTE 000</p> <p>HORAS..... 1 ____</p> <p>DÍAS..... 2 ____</p> <p>NS / NO RECUERDA..... 998</p> | |
| <p>MN38. Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (nombre) que no fuera leche materna?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | <p>1 ⇨ MN39A</p> <p>2 ⇨ Fin</p> |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

| SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO | | MN |
|---|---|----|
| <p>MN39A. ¿Qué se le dio a (<i>nombre</i>) de tomar?</p> <p><i>Indague: ¿Algo más?</i></p> <p><i>'No dar nada de beber' no es una respuesta válida y no se puede registrar la categoría de respuesta Y.</i></p> | <p>LECHE (QUE NO SEA LECHE MATERNA) A</p> <p>AGUA SOLA B</p> <p>AGUA CON AZÚCAR O CON GLUCOSA C</p> <p>SOLUCIÓN MEDICINAL PARA ALIVIAR CÓLICOS EN BEBÉS..... D</p> <p>SOLUCIÓN DE AGUA CON AZÚCAR Y SAL..... E</p> <p>JUGO DE FRUTAS..... F</p> <p>FÓRMULA PARA BEBÉS..... G</p> <p>TÉ/INFUSIONES / PREPARACIONES TRADICIONALES DE HIERBAS H</p> <p>MIEL I</p> <p>MEDICAMENTOS PRESCRITOS..... J</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>NO SE LE DIO NADA DE BEBER Y</p> | |
| <p>MN39B. En los tres primeros días tras el parto, ¿qué se le dio a (<i>nombre</i>) de tomar?</p> <p><i>Indague: ¿Algo más?</i></p> <p><i>'No dar nada de beber' (categoría Y) sólo se puede registrar si no se ha registrado ninguna otra categoría de respuesta.</i></p> | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| CONTROLES DE SALUD POST-NATAL | | PN |
|---|---|----------------------|
| <p>PN1. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?</p> <p>Copie el nombre del último nacido vivo que aparece en CM18 y úselo donde se indique:</p> <p>Nombre _____</p> | <p>SÍ, CM17=1 1</p> <p>NO, CM17=0 O EN BLANCO 2</p> | 2 ⇒ Fin |
| <p>PN2. Verifique MN20: ¿El niño/a nació en un centro de salud?</p> | <p>SÍ, MN20=21-36 Ó 76..... 1</p> <p>NO, MN20=11 (SU HOGAR), 12 (OTRO HOGAR) Ó 96..... 2</p> | 2 ⇒ PN7 |
| <p>PN3. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de lo que sucedió durante las horas y días después del nacimiento de (nombre).</p> <p>Usted dijo que tuvo un parto en (nombre o tipo de centro en MN20). ¿Cuánto tiempo permaneció usted allí después del parto?</p> <p>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</p> | <p>HORAS 1 ___</p> <p>DÍAS..... 2 ___</p> <p>SEMANAS..... 3 ___</p> <p>NS / NO RECUERDA 998</p> | |
| <p>PN4. Me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (nombre) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (nombre), revisó el cordón o vio si (nombre) estaba bien.</p> <p>Antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN20), ¿evaluó alguien la condición de salud de (nombre)?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | |
| <p>PN5. ¿Y sobre su condición de salud; quiero decir, alguien revisó su salud, por ejemplo, haciendo preguntas sobre el estado de su salud o examinándola?</p> <p>¿Alguien revisó la condición de su salud antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN20)?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | |
| <p>PN5A. Al momento del alta de su último parto, y antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN20) ¿le entregaron algún método anticonceptivo o le realizaron alguna práctica para evitar un embarazo?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO..... 2</p> | 2 ⇒ PN6 |
| <p>PN5B. ¿Qué método/s anticonceptivo/s le entregaron o qué práctica le realizaron?</p> | <p>LIGADURA DE TROMPAS.....A</p> <p>PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.....B</p> <p>PRESERVATIVO/CONDÓN/FORRO.....C</p> <p>CONDÓN FEMENINOD</p> <p>DIAFRAGMA.....E</p> <p>PARCHE.....F</p> <p>DIU/ ESPIRAL/ T DE COBRE G</p> <p>ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE..... H</p> <p>IMPLANTES/CHIPI</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>).....X</p> | |
| <p>PN6. Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que pasó después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN20).</p> <p>¿Alguien revisó la condición de salud de (nombre) después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN20)?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | 1 ⇒ PN12 2 ⇒ PN17 |
| <p>PN7. Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud o una partera tradicional?</p> | <p>SÍ, AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-F (PROFESIONAL O PARTERA TRADICIONAL).... 1</p> <p>NO, NINGUNA CATEGORÍAS DE A-F (PARIENTE O AMIGO) 2</p> | 2 ⇒ PN11 |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

| CONTROLES DE SALUD POST-NATAL | | PN |
|--|---|------------------------------|
| <p>PN8. Usted ya ha dicho que (<i>persona o personas en MN19</i>) la atendió durante el parto. Ahora me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (<i>nombre</i>) después del parto; por ejemplo, si alguien examinó a (<i>nombre</i>), revisó el cordón o vio si (<i>nombre</i>) estaba bien.</p> <p>Después del parto y antes de que (<i>persona o personas en MN19</i>) se marchara, ¿(<i>persona o personas en MN19</i>) revisó la condición de salud de (<i>nombre</i>)?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | |
| <p>PN9. ¿Y alguna (<i>persona o personas en MN19</i>) chequeó su salud antes de que se marchara; por ejemplo, le hizo preguntas acerca de su salud o la examinó?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | |
| <p>PN10. ¿Después de que (<i>persona o personas en MN19</i>) se marchara, revisó alguien la salud de (<i>nombre</i>)?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | <p>1 ⇒PN12 2 ⇒PN19</p> |
| <p>PN11. Me gustaría hablarle de los controles de salud de (<i>nombre</i>) después del parto. Por ejemplo, si alguien examinó a (<i>nombre</i>), revisó el cordón o vio si el bebé estaba bien</p> <p>Después del nacimiento de (<i>nombre</i>) ¿revisó alguien la salud de él/ella?</p> | <p>SÍ 1 NO 2</p> | <p>2 ⇒PN20</p> |
| <p>PN12. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez?</p> | <p>UNA VEZ 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2</p> | <p>1 ⇒PN13A 2 ⇒PN13B</p> |
| <p>PN13A. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo esa revisión?</p> <p>PN13B. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p> | <p>HORAS 1 ___</p> <p>DÍAS..... 2 ___</p> <p>SEMANAS..... 3 ___</p> <p>NS / NO RECUERDA 998</p> | |
| <p>PN14. ¿Quién revisó la salud de (<i>nombre</i>) en aquel momento?</p> | <p>PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICA/O A ENFERMERA/O B OBSTÉTRICA/PARTERA PROFESIONAL..... C AGENTE SANITARIO..... D</p> <p>OTRA PERSONA PARTERA TRADICIONAL O COMADRONA . F PARIENTE/AMIGA/O H</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) X</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| CONTROLES DE SALUD POST-NATAL | | PN |
|---|---|---------------------------------|
| <p>PN15. ¿Dónde se realizó esta revisión?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de lugar.</i></p> <p><i>Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p> | <p>HOGAR</p> <p>HOGAR DE LA ENTREVISTADA 11</p> <p>OTRO HOGAR 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO/MATERNIDAD 21</p> <p>CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS)..... 22</p> <p>OTRO PÚBLICO (<i>especifique</i>)_____ 26</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO/SANATORIO31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA32</p> <p>CASA DE MATERNIDAD PRIVADA.....33</p> <p>CONSULTORIO PRIVADO..... 34</p> <p>OTRO CENTRO MÉDICO PRIVADO (<i>especifique</i>)_____ 36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO..... 76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)_____ 96</p> | |
| <p>PN16. Verifique MN20: ¿Nació el niño/a en un centro de salud?</p> | <p>SÍ, MN20=21-36 Ó 76..... 1</p> <p>NO, MN20=11 (SU HOGAR), 12 (OTRO HOGAR) Ó 96..... 2</p> | <p>2 ⇨PN18</p> |
| <p>PN17. Después de que se fuera de (<i>nombre o tipo de centro en MN20</i>), ¿chequeó alguien <u>su</u> salud?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | <p>1 ⇨PN21</p> <p>2 ⇨PN25</p> |
| <p>PN18. Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud o una partera tradicional?</p> | <p>SÍ, AL MENOS UNA DE LAS CATEGORÍAS DE A-F (PROFESIONAL O PARTERA TRADICIONAL)..... 1</p> <p>NO, NINGUNA CATEGORÍA DE A-F (PARIENTE O AMIGO) 2</p> | <p>2 ⇨PN20</p> |
| <p>PN19. Después de que terminara el parto y que se fuera (<i>persona o personas en MN19</i>), ¿alguien revisó <u>su</u> salud?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | <p>1 ⇨PN21</p> <p>2 ⇨PN25</p> |
| <p>PN20. Después del nacimiento de (<i>nombre</i>), ¿revisó alguien <u>su</u> salud, por ejemplo, haciéndole preguntas sobre su salud o examinándola?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | <p>2 ⇨PN25</p> |
| <p>PN21. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez?</p> | <p>UNA VEZ 1</p> <p>MÁS DE UNA VEZ..... 2</p> | <p>1 ⇨PN22A</p> <p>2 ⇨PN22B</p> |
| <p>PN22A. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?</p> <p>PN22B. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i></p> <p><i>Si es menos de una semana, registre los días.</i></p> <p><i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p> | <p>HORAS 1 ___</p> <p>DÍAS..... 2 ___</p> <p>SEMANAS..... 3 ___</p> <p>NS / NO RECUERDA 998</p> | |
| <p>PN23. ¿Quién revisó <u>su</u> salud en aquel momento?</p> | <p>PROFESIONAL DE LA SALUD</p> <p>MÉDICA/O A</p> <p>ENFERMERA/O B</p> <p>OBSTÉTRICA/PARTERA PROFESIONAL..... C</p> <p>AGENTE SANITARIO..... D</p> <p>OTRA PERSONA</p> <p>PARTERA TRADICIONAL O COMADRONA. F</p> <p>PARIENTE/AMIGA/O H</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>)_____ X</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| CONTROLES DE SALUD POST-NATAL | | PN | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----|----|----|------------------------|---|---|---|--------------------------|---|---|---|--|---|---|---|--|
| <p>PN24. ¿Dónde se realizó esta revisión?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de lugar.</i></p> <p><i>Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente '76' hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del lugar)</p> | <p>HOGAR</p> <p>HOGAR DE LA ENTREVISTADA 11</p> <p>OTRO HOGAR 12</p> <p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO 21</p> <p>CENTRO DE SALUD PÚBLICO/SALITA/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD..... 22</p> <p>OTRO PÚBLICO (<i>especifique</i>) _____ 26</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO 31</p> <p>CLÍNICA PRIVADA 32</p> <p>CASA DE MATERNIDAD PRIVADA..... 33</p> <p>OTRO CENTRO MÉDICO PRIVADO (<i>especifique</i>) _____ 36</p> <p>NS PÚBLICO O PRIVADO 76</p> <p>OTRO (<i>especifique</i>) _____ 96</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN25. Durante los primeros dos días después del parto ¿algún profesional de la salud hizo algo de lo siguiente ya sea en el hogar o en un establecimiento de salud:</p> <p>[A] examinó el cordón de (<i>nombre</i>)?</p> <p>[B] le tomó la temperatura a (<i>nombre</i>)?</p> <p>[C] le dio consejería sobre lactancia materna?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SÍ</td> <td style="text-align: right;">NO</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>EXAMINÓ EL CORDÓN.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>TOMÓ LA TEMPERATURA.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table> | | SÍ | NO | NS | EXAMINÓ EL CORDÓN..... | 1 | 2 | 8 | TOMÓ LA TEMPERATURA..... | 1 | 2 | 8 | CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA | 1 | 2 | 8 | |
| | SÍ | NO | NS | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMINÓ EL CORDÓN..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOMÓ LA TEMPERATURA..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN26. Verifique MN36: ¿El niño/a fue alguna vez amamantado?</p> | <p>SÍ, MN36=1 1</p> <p>NO, MN36=2 2</p> | <p>2 ⇨PN28</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN27. ¿Le observó la lactancia de (<i>nombre</i>)?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SÍ</td> <td style="text-align: right;">NO</td> <td style="text-align: right;">NS</td> </tr> <tr> <td>OBSERVÓ LA LACTANCIA</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table> | | SÍ | NO | NS | OBSERVÓ LA LACTANCIA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | |
| | SÍ | NO | NS | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVÓ LA LACTANCIA | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN28. Verifique MN33: ¿Fue pesado el niño/a al nacer?</p> | <p>SÍ, MN33=1 1</p> <p>NO, MN33=2 2</p> <p>NS, MN33=8 3</p> | <p>1 ⇨PN29A</p> <p>2 ⇨PN29B</p> <p>3 ⇨PN29C</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN29A. Usted mencionó que (<i>nombre</i>) fue pesado al nacer. Después de esto, ¿(<i>nombre</i>) fue pesado de nuevo por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p> <p>PN29B. Usted mencionó que (<i>nombre</i>) no fue pesado al nacer. ¿Fue pesado/a (<i>nombre</i>) por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p> <p>PN29C. Usted mencionó que no sabe si (<i>nombre</i>) fue pesado al nacer. ¿Fue pesado/a (<i>nombre</i>) por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN30. Durante los primeros dos días después del nacimiento de (<i>nombre</i>), ¿algún profesional de la salud le dio información acerca de los síntomas que requieren que usted lleve a su hijo/a enfermo a un centro de salud para su atención?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN31. Durante la siguiente semana después del nacimiento, ¿le sacaron a (<i>nombre</i>) sangre del talón?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p> | <p>2 ⇨Fin</p> <p>8 ⇨Fin</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PN32. ¿Tuvo en algún momento el resultado del análisis?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS..... 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| ANTICONCEPCIÓN | | CP |
|---|---|--------------------|
| <p>CP0A. Ahora me gustaría hablar con usted de otro tema: salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos.</p> <p>Alguna vez ha oído hablar de...</p> <p>[A] Ligadura de trompas</p> <p>[B] Vasectomía</p> <p>[C] DIU</p> <p>[D] Inyectable</p> <p>[E] Implante o Chip</p> <p>[F] Pastillas</p> <p>[G] Preservativo</p> <p>[H] Condón Femenino</p> <p>[I] Amenorrea de lactancia</p> <p>[J] Ritmo/método de los días</p> <p>[K] Retiro</p> <p>[L] Anticonceptivo de emergencia</p> | <p style="text-align: right;">SI NO</p> <p>LIGADURA DE TROMPAS.....1 2</p> <p>VASECTOMÍA1 2</p> <p>DIU.....1 2</p> <p>INYECTABLE.....1 2</p> <p>IMPLANTE O CHIP.....1 2</p> <p>PASTILLAS.....1 2</p> <p>PRESERVATIVO.....1 2</p> <p>CONDÓN FEMENINO1 2</p> <p>AMENORREA1 2</p> <p>RITMO/MÉTODO DE LOS DÍAS1 2</p> <p>RETIRO1 2</p> <p>ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA..... 1 2</p> | |
| <p>CP0B. ¿Alguna vez ha oído usted de otras formas o métodos que pueden utilizar hombre o mujeres para evitar un embarazo?</p> | <p>SI.....1</p> <p><i>especifique</i> _____</p> <p><i>especifique</i> _____</p> <p>NO.....2</p> | |
| <p>CP1. ¿Está usted embarazada ahora?</p> | <p>SÍ, ACTUALMENTE EMBARAZADA 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NS O NO ESTÁ SEGURA 8</p> | 1 ⇒ CP3 |
| <p>CP2. Las personas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo.</p> <p>¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar un embarazo?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> | 1 ⇒ CP4 |
| <p>CP3. ¿Alguna vez ha hecho algo o utilizado algún método para postergar o evitar un embarazo?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> | 1 ⇒ Fin 2 ⇒ Fin |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| ANTICONCEPCIÓN | | CP |
|--|--|---------|
| <p>CP4. ¿Qué está haciendo usted ahora para postergar o evitar un embarazo?</p> <p><i>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, registre cada uno.</i></p> | <p>LIGADURA DE TROMPAS.....A VASECTOMIA.....B DIU/ ESPIRAL/ T DE COBRE.....C ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE.....D IMPLANTES/CHIP.....E PASTILLAS.....F PRESERVATIVO/CONDÓN/FORRO.....G CONDÓN FEMENINO.....H DIAFRAGMA.....I JALEA/ESPUMA/OVULOS.....J MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA).....K ABSTINENCIA PERIÓDICA/RITMO/ METODO DE LOS DÍAS.....L RETIRO.....M ANTICONCEPCION HORMONAL DE EMERGENCIA(AHE).....N PARCHES.....O CAMPO DE LATEX.....P MOCO CERVICAL/YUYO HIERBAS O TES.....Q OTRO (<i>especifique</i>) _____ X</p> | |
| <p>CP5. Verifique en CP4 si está usando una forma o método anticonceptivo tradicional.</p> | <p>SI (CP4=K, L, M).....1 NO (CP4≠K, L, M)2</p> | 1 ⇒ CP7 |
| <p>CP6. ¿Ese/esos método/s lo/s consiguió en forma gratuita en un centro de salud o un hospital público?</p> | <p>SI, TODOS1 SÍ, ALGUNOS2 NO, NINGUNO.....8</p> | |
| <p>CP7. ¿Conoce usted al menos un lugar donde conseguir preservativos en forma gratuita?</p> | <p>SI1 NO.....2 NS.....8</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| MATERNIDAD PLANIFICADA | | UN |
|--|--|----------------------------------|
| UN1. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | SÍ, CP1=1..... 1 NO, NS O NO ESTÁ SEGURA, CP1=2 U 8 2 | 2 ⇨ UN6 |
| UN2. Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando quedó embarazada, ¿quería quedar embarazada en ese momento? | SÍ..... 1 NO 2 | 1 ⇨ UN5 |
| UN3. Verifique CM11: ¿Algún nacido vivo? | NINGÚN NACIDO VIVO 0 UNO O MÁS NACIDOS VIVOS 1 | 0 ⇨ UN4A 1 ⇨ UN4B |
| UN4A. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o no quería tener hijos/as? UN4B. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o no quería tener más hijos/as? | MÁS TARDE 1 NINGUNO/NO MÁS 2 | |
| UN5. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo/a que ahora está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo/a o preferiría no tener más hijos/as? | TENER OTRO HIJO/A..... 1 NINGUNO MÁS/ NINGUNO 2 NO DECIDIDO / NS 8 | 1 ⇨ UN8 2 ⇨ UN14 8 ⇨ UN14 |
| UN6. Verifique CP4: ¿Está utilizando ahora 'Ligadura de trompas'? | SÍ, CP4=A..... 1 NO, CP4≠A..... 2 | 1 ⇨ UN14 |
| UN7. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo/a o preferiría no tener ningún (más) hijo/s? | TENER (UN/OTRO) HIJO/A..... 1 NINGUNO MÁS/ NINGUNO 2 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3 NO DECIDIDO / NS 8 | 2 ⇨ UN10 3 ⇨ UN12 8 ⇨ UN10 |
| UN8. ¿Cuánto le gustaría esperar hasta el nacimiento de (un/otro) hijo/a? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i> | MESES 1 ___ AÑOS 2 ___ NO QUIERE ESPERAR (PRONTO/AHORA) 993 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 994 DESPUÉS DEL MATRIMONIO 995 OTRO 996 NS 998 | 994 ⇨ UN12 |
| UN9. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | SÍ, CP1=1..... 1 NO, NS O NO ESTÁ SEGURA, CP1=2 U 8 2 | 1 ⇨ UN14 |
| UN10. Verifique CP2: ¿Actualmente está utilizando algún método? | SÍ, CP2=1..... 1 NO, CP2=2 2 | 1 ⇨ UN14 |
| UN11. ¿Cree que es físicamente capaz de quedar embarazada en este momento? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | 1 ⇨ UN14 8 ⇨ UN14 |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| MATERNIDAD PLANIFICADA | | UN |
|---|---|--------|
| <p>UN12. ¿Por qué cree que no es físicamente capaz de quedar embarazada?</p> | <p>RELACIONES SEXUALES INFRECIENTES /NO TIENE RELACIONES SEXUALES A MENOPAUSIA B NUNCA MENSTRUÓ C HISTERECTOMÍA (EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DEL ÚTERO)..... D HA ESTADO INTENTANDO QUEDAR EMBARAZADA DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS O MÁS SIN RESULTADOS..... E AMENORREA POSTPARTO F AMAMANTAMIENTO G DEMASIADO MAYOR..... H FATALISTA..... I OTRO (<i>especifique</i>) X NS Z</p> | |
| <p>UN13. Verifique UN12: ¿Mencionó 'nunca menstruó'?</p> | <p>MENCIONADO, UN12=C 1 NO MENCIONADO, UN12≠C..... 2</p> | 1⇒ Fin |
| <p>UN14. ¿Cuándo comenzó su último periodo menstrual?</p> <p><i>Registre la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada.</i></p> <p><i>Si es '1 año', indague: ¿Hace cuántos meses?</i></p> | <p>HACE DÍAS 1 ___ HACE SEMANAS 2 ___ HACE MESES..... 3 ___ HACE AÑOS..... 4 ___</p> <p>EN LA MENOPAUSIA / SE LE HA REALIZADO HISTERECTOMÍA 993 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO 994 NUNCA MENSTRUÓ 995</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MUJER | | | DV |
|--|--|----------|--------|
| <p>DV1. A veces un esposo o pareja está molesto o se enoja por cosas que la esposa o pareja hace. En su opinión, ¿se justifica que el esposo golpee a su esposa en las siguientes situaciones:</p> <p>[A] Si sale sin avisarle?</p> <p>[B] Si descuida a los niños/as?</p> <p>[C] Si discute con él?</p> <p>[D] Si se niega a tener relaciones sexuales con él?</p> <p>[E] Si se le quema la comida?</p> | | SÍ NO NS | |
| | SALE SIN AVISARLE..... | 1 2 8 | |
| | DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS ... | 1 2 8 | |
| | DISCUTE CON ÉL..... | 1 2 8 | |
| | SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES..... | 1 2 8 | |
| | SE LE QUEMA LA COMIDA | 1 2 8 | |
| <p>DV2. Verifique en WB4 o en HL6 edad 18 años o más</p> | <p>SI (WB4=18 Ó MÁS).....1</p> <p>NO (WB4=15, 16 Ó 17).....2</p> | | 2 ⇒Fin |
| <p>DV3. Me gustaría ahora mostrarle una tarjeta con una pregunta sobre una vivencia personal. Permítame asegurarle una vez más que sus respuestas son completamente confidenciales.</p> <p><i>Muestre la tarjeta con la siguiente pregunta. Asegúrese de no leerla en voz alta:</i></p> <p><i>En su niñez o adolescencia, ¿alguna vez alguien la obligó de alguna manera a tener relaciones sexuales o realizar cualquier otro acto sexual cuando no quería hacerlo?</i></p> <p>Por favor, indíqueme la respuesta.</p> <p><i>Puede tranquilizarla: "Puede ser difícil recordareste tipo de incidentes, así que tómese su tiempo mientras piensa en su respuesta".</i></p> | <p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>NO SABE O NO RESPONDE.....8</p> | | |

| VICTIMIZACIÓN | | | VT |
|--|----------------------------|----------|----|
| <p>VT22. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido <u>personalmente</u> discriminada o acosada por los siguientes motivos?</p> <p>[A] ¿Origen étnico o de inmigración?</p> <p>[B] ¿Sexo o género?</p> <p>[C] ¿Orientación sexual?</p> <p>[D] ¿Edad?</p> <p>[E] ¿Religión o creencias?</p> <p>[F] ¿Discapacidad?</p> <p>[G] ¿Por su nivel de ingresos o nivel educativo?</p> <p>[X] ¿Por cualquier otra razón? (especifique) _____</p> | | SÍ NO NS | |
| | ETNIA O INMIGRACIÓN | 1 2 8 | |
| | IDENTIDAD DE GÉNERO..... | 1 2 8 | |
| | ORIENTACIÓN SEXUAL | 1 2 8 | |
| | EDAD | 1 2 8 | |
| | RELIGIÓN / CREENCIAS | 1 2 8 | |
| | DISCAPACIDAD | 1 2 8 | |
| | INGRESO/NIV. EDUCATIVO...1 | 2 8 | |
| | OTRA RAZÓN..... | 1 2 8 | |



| MATRIMONIO/UNIÓN | | MA |
|--|--|----------------------|
| MA1. ¿Está usted actualmente casada o viviendo con una pareja como si estuviera casada? | SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, VIVIENDO EN PAREJA/UNIDA..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3 | 3 ⇒ MA5 |
| MA2. ¿Cuántos años tiene su (esposo/pareja)? <i>Indague: ¿Cuántos años cumplió su (esposo/pareja) en su último cumpleaños?</i> | EDAD EN AÑOS __ __ NS 98 | ⇒MA7 98 ⇒MA7 |
| MA5. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha convivido en pareja? | SÍ, CASADA EN EL PASADO 1 SÍ, VIVIÓ CON PAREJA EN EL PASADO..... 2 NO..... 3 | 3 ⇒Fin |
| MA6. ¿Cuál es su estado civil ahora: es usted viuda, divorciada o separada? | VIUDA..... 1 DIVORCIADA 2 SEPARADA/SOLTERA 3 | |
| MA7. ¿Ha estado usted casada o ha vivido con alguien sólo una vez o más de una vez? | SOLO UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ 2 | 1 ⇒MA8A 2 ⇒MA8B |
| MA8A. ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su (esposo/pareja)? | FECHA DE LA (PRIMERA) UNIÓN MES __ __ NS MES 98 | |
| MA8B. ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su <u>primer</u> (esposo/pareja)? | AÑO..... __ __ __ __ NS AÑO..... 9998 | |
| MA9. Verifique MA8A/B: ¿Está registrado 'NS AÑO'? | SÍ, MA8A/B=9998..... 1 NO, MA8A/B≠9998 2 | 2 ⇒Fin |
| MA10. Verifique MA7: ¿En unión solo una vez? | SÍ, MA7=1 1 NO, MA7=2 2 | 1 ⇒MA11A 2 ⇒MA11B |
| MA11A. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su (esposo/ pareja)? | EDAD EN AÑOS __ __ | |
| MA11B. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su <u>primer</u> (esposo/ pareja)? | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| COMPORTAMIENTO SEXUAL | | SB |
|--|--|-----------------|
| <p>SB1. Compruebe la presencia de otros. Antes de continuar, haga todo lo posible para asegurar la privacidad.</p> <p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la actividad sexual con el fin de entender mejor algunos temas importantes de la vida.</p> <p>Permítame asegurarle una vez más que sus respuestas son completamente confidenciales y no se compartirán con nadie. Si llegamos a cualquier pregunta que usted no quiera contestar, dígame y pasaremos a la siguiente pregunta.</p> <p>¿Qué edad tenía usted cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?</p> | <p>NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES..... 00</p> <p>EDAD EN AÑOS..... __ __</p> <p>POR PRIMERA VEZ CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON (PRIMER) PAREJA..... 95</p> | <p>00 ⇨ Fin</p> |
| <p>SB2. Me gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente.</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?</p> <p>Registre las respuestas en días, semanas o meses si es menor de 12 meses (un año). Si es 12 meses (un año) o más, la respuesta debe ser registrada en años.</p> | <p>HACE DÍAS 1 __ __</p> <p>HACE SEMANAS 2 __ __</p> <p>HACE MESES 3 __ __</p> <p>HACE AÑOS 4 __ __</p> | <p>4 ⇨ Fin</p> |
| <p>SB3. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿se usó preservativo?</p> | <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| VIH/SIDA | | | | HA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|--------|----|---------------------------|---|---|---|------------------------|---|---|---|------------------|---|---|---|--|--|--|
| HA1. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más. ¿Alguna vez ha oído hablar del VIH o SIDA? | SÍ..... 1 NO 2 | | | 2⇒Fin | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA2. El VIH es el virus que puede conducir al SIDA. ¿Se puede reducir el riesgo de contraer el VIH teniendo solamente una pareja sexual no infectada y que ésta no tenga otras parejas sexuales? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA3. ¿Pueden las personas contraer VIH a través de la picadura de un mosquito? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA4. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el VIH usando preservativo cada vez que mantienen relaciones sexuales? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA5. ¿Pueden las personas contraer VIH por compartir la comida con una persona que tenga el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA5A. ¿Pueden las personas contraer VIH por tomar mate con una persona que tenga el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA6. ¿Pueden las personas contraer VIH por brujería o por otros medios sobrenaturales? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA7. ¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA8. ¿Puede el VIH ser transmitido de madre a hijo/a: [A] Durante el embarazo? [B] Durante el parto? [C] Mientras está amamantando? | <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">NS</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>AMAMANTANDO.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table> | | SÍ | NO | NS | DURANTE EL EMBARAZO | 1 | 2 | 8 | DURANTE EL PARTO | 1 | 2 | 8 | AMAMANTANDO..... | 1 | 2 | 8 | | | |
| | SÍ | NO | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURANTE EL EMBARAZO | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURANTE EL PARTO | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMAMANTANDO..... | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA9. Verifique HA8 [A], [B] y [C]: ¿Al menos un 'Sí' registrado? | SÍ..... 1 NO 2 | | | 2⇒HA11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA10. ¿Hay medicamentos especiales que un médico o una enfermera puedan dar a una mujer infectada con el VIH para reducir el riesgo de transmitírselo al bebé? | SÍ 1 NO 2 NS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA11. Verifique CM17: ¿Hubo algún nacido vivo en los últimos dos años? Copie el nombre del último nacido vivo que aparece en CM18 y úselo donde se indique: Nombre _____ | SÍ, CM17=1 1 NO, CM17=0 O EN BLANCO..... 2 | | | 2⇒HA24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HA12. Verifique MN2: ¿Se recibió atención prenatal? | SÍ, MN2=1 1 NO, MN2=2..... 2 | | | 2⇒HA17 | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| VIH/SIDA | | | | HA |
|---|--|-------------------------------|--|----|
| <p>HA13. Durante cualquier visita prenatal a lo largo de su embarazo de (<i>nombre</i>), ¿se le dio información sobre:</p> <p>[A] bebés que se infectan del VIH de su madre?</p> <p>[B] lo que usted puede hacer para evitar contraer VIH?</p> <p>[C] hacerse una prueba del VIH?</p> <p>¿Se le:</p> <p>[D] ofreció hacerle una prueba para el VIH?</p> | <p style="text-align: right;">SÍ NO NS</p> <p>VIH DE LA MADRE..... 1 2 8</p> <p>COSAS QUE HACER..... 1 2 8</p> <p>HACERSE LA PRUEBA DEL VIH 1 2 8</p> <p>SE LE OFRECIÓ UNA PRUEBA PARA EL VIH..... 1 2 8</p> | | | |
| <p>HA13A. Durante cualquier visita prenatal a lo largo de su embarazo de (<i>nombre</i>) ¿se le dio información sobre:</p> <p>[A] bebés que se infectan de Sífilis de su madre?</p> <p>[B] lo que usted puede hacer para evitar contraer Sífilis?</p> <p>[C] hacerse una prueba de Sífilis?</p> <p>¿Se le:</p> <p>[D] ofreció hacerle una prueba de Sífilis?</p> | <p style="text-align: right;">SÍ NO NS</p> <p>SÍFILIS DE LA MADRE 1 2 8</p> <p>COSAS QUE HACER..... 1 2 8</p> <p>HACERSE LA PRUEBA DE SÍFILIS 1 2 8</p> <p>SE LE OFRECIÓ UNA PRUEBA DE SÍFILIS 1 2 8</p> | | | |
| <p>HA14. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el VIH como parte de sus cuidados prenatales?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | <p>2⇒HA16A</p> <p>8⇒HA16A</p> | | |
| <p>HA15. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | <p>2⇒HA16A</p> <p>8⇒HA16A</p> | | |
| <p>HA16. Después de recibir los resultados, ¿le dieron alguna información de salud o consejería relacionada con el VIH?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | | | |
| <p>HA16A. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar Sífilis como parte de sus cuidados prenatales?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | <p>2⇒HA17</p> <p>8⇒HA17</p> | | |
| <p>HA16B. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba?</p> | <p>SÍ..... 1</p> <p>NO 2</p> <p>NS 8</p> | <p>2⇒HA17</p> <p>8⇒HA17</p> | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| VIH/SIDA | | HA |
|---|--|-------------------------------|
| HA16C. Después de recibir los resultados, ¿le dieron alguna información de salud o consejería relacionada con la Sífilis? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | |
| HA17. Verifique MN20: ¿Nació el niño/a en un centro de salud? | SÍ, MN20=21-36 Ó 76..... 1 NO, MN20=11-12 Ó 96..... 2 | 2 ⇒HA21 |
| HA18. ¿Se le ofreció alguna prueba para detectar el VIH entre el momento de su llegada para el parto y antes de que naciera el bebé? | SÍ..... 1 NO 2 | |
| HA19. No quiero saber los resultados, pero ¿se hizo la prueba del VIH en ese momento? | SÍ..... 1 NO 2 | 2 ⇒HA21 |
| HA20. No quiero saber los resultados, pero ¿obtuvo los resultados de la prueba? | SÍ..... 1 NO 2 | 1 ⇒HA22 2 ⇒HA22 |
| HA21. Verifique HA14: ¿Se realizó una prueba del VIH a la entrevistada como parte de la atención prenatal? | SÍ, HA14=1..... 1 NO O NO HAY RESPUESTA, HA14≠1 2 | 2 ⇒HA24 |
| HA22. ¿Se ha hecho una prueba del VIH desde aquella vez que le hicieron la prueba durante su embarazo? | SÍ..... 1 NO 2 | 1 ⇒HA25 |
| HA23. ¿Cuántos meses hace de su prueba del VIH más reciente? | HACE MENOS DE 12 MESES 1 HACE 12-23 MESES 2 HACE 2 O MÁS AÑOS 3 | 1 ⇒HA30 2 ⇒HA30 3 ⇒HA30 |
| HA24. No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez se ha hecho la prueba del VIH? | SÍ..... 1 NO 2 | 2 ⇒HA27 |
| HA25. ¿Cuántos meses hace de su prueba del VIH más reciente? | HACE MENOS DE 12 MESES 1 HACE 12-23 MESES 2 HACE 2 A 4 AÑOS Y 11 MESES 3 HACE 5 A 9 AÑOS Y 11 MESES 4 HACE 10 O MÁS AÑOS 5 | |
| HA26. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba? | SÍ..... 1 NO 2 NS 8 | 1 ⇒HA30 2 ⇒HA30 8 ⇒HA30 |
| HA27. ¿Conoce algún lugar al que la gente puede ir para que se le haga una prueba del VIH? | SÍ..... 1 NO 2 | |
| HA30. ¿Usted le compraría verduras frescas a un verdulero o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |
| HA31. ¿Cree usted que se debe permitir a los niños/as que viven con el VIH asistir a la escuela con niños/as que no tienen el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |
| HA32. ¿Cree usted que las personas dudan en hacerse una prueba del VIH porque tienen miedo de cómo reaccionarán otras personas si el resultado de la prueba es positivo? | SÍ..... 1 NO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |
| HA33. ¿Se habla mal de las personas que viven con el VIH, o de las que se cree que viven con el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| VIH/SIDA | | HA |
|---|---|----|
| HA34. ¿Las personas que viven con el VIH, o las que se cree que viven con el VIH, pierden el respeto de otras personas? | SÍ..... 1 NO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |
| HA35. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración? Me avergonzaría si alguien de mi familia tuviera el VIH. | DE ACUERDO..... 1 EN DESACUERDO 2 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |
| HA36. ¿Teme que podría contraer el VIH si entra en contacto con la saliva de una persona que vive con el VIH? | SÍ..... 1 NO 2 DICE QUE TIENE EL VIH 7 NS / NO ESTÁ SEGURA / DEPENDE 8 | |

| CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Y POST-PARTO | | AE |
|---|---|----------------------|
| AE1. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | SÍ, CP1=1 1 NO, NS O NO ESTÁ SEGURA, CP1=2 U 8 2 | 1 ⇨ AE3 |
| AE2. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años? | SÍ, CM17=1 1 NO, CM17=0 O EN BLANCO 2 | 2 ⇨ Fin |
| AE3. ¿Ha consumido alcohol alguna vez, sin importar qué cantidad? | SÍ 1 NO 2 | 2 ⇨ Fin |
| AE5. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | SÍ, CP1=1 1 NO, NS O NO ESTÁ SEGURA, CP1=2 U 8 2 | 1 ⇨ AE6A 2 ⇨ AE6B |
| AE6A. Durante el embarazo ¿ha consumido usted, aunque sea una vez, alcohol sin importar qué cantidad? AE6B. Durante su último embarazo ¿ha consumido usted, aunque sea una vez alcohol, sin importar qué cantidad? | SÍ 1 NO 2 | 2 ⇨ Fin |
| AE7. Sin importar qué cantidad, ¿En qué mes del embarazo fue? | EN LOS PRIMEROS TRES MESES..... 1 DESPUÉS DE LOS TRES MESES..... 2 DURANTE TODO EL EMBARAZO..... 3 NO RECUERDO CUANDO..... 8 | |
| AE8. ¿Cree usted que se puede consumir algún tipo de bebida con alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad? | SÍ 1 NO 2 | 2 ⇨ Fin |
| AE9. ¿Qué tipo de bebida? | CERVEZA..... A VINO..... B FERNET..... C TRAGOS..... D | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C

| | | |
|--|---|--|
| WM10. Registre la hora. | HORAS Y MINUTOS..... ____ : ____ | |
| WM11. ¿La entrevista se completó en privado o había alguien más durante toda la entrevista o parte de ella? | SÍ, TODA LA ENTREVISTA SE COMPLETÓ EN PRIVADO 1 NO, OTROS ESTABAN PRESENTES DURANTE TODA LA ENTREVISTA (especifique) 2 NO, OTROS ESTABAN PRESENTES DURANTE PARTE DE LA ENTREVISTA (especifique) 3 | |
| WM13. Idioma de la entrevista. | ESPAÑOL1 OTRO IDIOMA (especifique) 6 | |
| WM14. Lengua materna de la entrevistada | ESPAÑOL1 OTRO IDIOMA (especifique) 6 | |
| WM15. ¿Se utilizó un intérprete para alguna parte de la entrevista? | SÍ, PARA TODO EL CUESTIONARIO1 SÍ, PARA PARTE DEL CUESTIONARIO.....2 NO, NO SE UTILIZÓ.....3 | |
| <p>WM16. Verifique las columnas HL10 y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿La entrevistada es la madre o cuidadora de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque '01'. Luego vaya al CUESTIONARIO de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique HH26-HH27 en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Hay un niño/a de 5 a 17 años de edad seleccionado para el CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS DE 5 a 17 AÑOS?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Verifique la columna HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Es la entrevistada la madre o cuidadora del niño/a seleccionado para el CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS DE 5 A 17 AÑOS en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque '01'. Luego vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS DE 5 a 17 AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque '01'. Termine la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para este hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque '01'. Termine la entrevista con esta persona, agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para este hogar.</p> | | |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C
- D
- E

| OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA |
|------------------------------------|
| |

| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A |
|--------------------------------|
| |

- 1
- 2
- 3
- 4
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- A
- B
- C