PN-ABC-004

can=60275

**FASE II: ESTUDIOS DE MERCADEO
AUMENTANDO EL USO DE SRO PARA MERCADEO SOCIAL
EN HONDURAS**

PRESENTACION GENERAL

PM-ACC-004

FASE II: ESTUDIOS DE MERCADEO
AUMENTANDO EL USO DE SRO PARA MERCADEO SOCIAL.

PRESENTACION GENERAL

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD
COMERCIAL SOBRE SALES DE REHIDRATACION ORAL
EN LA REPUBLICA DE HONDURAS, C.A.

PREPARADO POR:

ARAGON & ASOCIADOS 006362

ENERO DE 1,987

PREPARADO PARA Y CON LA ASISTENCIA Y EL APOYO DE:

"EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA"
PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS
UNIDAD DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

"LA ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO"

PREPARADO BAJO CONTRATO DE:

COMUNICACIONES DE SALUD PARA BIENESTAR DEL NIÑO (COMSALUD).
AGENCIA PARA DESARROLLO INTERNACIONAL.

PARTICIPANTES

Dr. Fidel Barahona	M. Salud Pública
Lic. María Rosa Bonano	M. Salud Pública
Dr. Carlos Ernesto Fiallos	M. Salud Pública
Dr. Gustavo Corrales	M. Salud Pública
Lic. Alberto E. de Aragón	Aragón & Asociados
Ing. Fernando García M.	Aragón & Asociados
Lic. Alejandro Cifuentes	Aragón & Asociados
Lic. Carlos Flores	Aragón & Asociados
Lic. Susann Saunders	A. Educational Development

INDICE

<u>CONCEPTOS</u>	<u>PAGINA</u>
1. Contenido.....	1
2. Antecedentes.....	1
3. El Mercado.....	9
4. El Proyecto de Investigación.....	11
5. Distribucional (TRADE OVERVIEW STUDY).....	12
6. Comunidad Médica (MEDICAL COMMUNITY).....	17
7. Estudio Cualitativo sobre el conocimiento, usos y actitudes del Consumidor Real y Potencial de las Sales de Rehidratación Oral (QUALITATIVE OUTLOOK OF CONSUMERS AWARENESS, USAGE AND ATTITUDES TOWARDS ORAL REHYDRATION SALTS (ORS).....	21
8. Estudio Básico de Mercado y prueba de Producto Monádico (BASIC MARKETING STUDY AND IN-HOME MONADIC PRODUCT TEST).....	25
9. Nota.....	33

CONTENIDO

Este documento contiene los "Antecedentes" o "Situación Base", los "Métodos", "Sistemas de Muestreo" e "Instrumentos" utilizados en El Programa de Estudios para la Comercialización de Sales de Rehidratación Oral, conducidos en la República de Honduras, Centro América.

Cada informe hará una mención escueta del método y muestra utilizados, mientras el detalle es parte de este informe.

ANTECEDENTES

Las causas principales de mortalidad infantil en los casos de diarrea se deben a la deshidratación. Las personas que sufren de diarrea pierden grandes cantidades de agua y sal, lo que puede causar la muerte. Este fenómeno se llama deshidratación.

El agua y la sal constituyen elementos vitales para nuestro organismo. Por lo tanto, cuando la pérdida de estos elementos equivale a alrededor del 10%

del peso del cuerpo, la deshidratación ha llegado a un punto muy grave y la persona puede morir.

La diarrea es la causa más común de la muerte entre los niños, debido a que:

- El organismo del niño no sabe defenderse contra esta infección.
- La desnutrición hace que el niño sea más susceptible a la diarrea.
- Cuando un niño tiene diarrea, no se le da suficiente comida ni líquidos debido a que se cree que esto empeoraría su condición.
- Dado a que los niños no pueden comunicar su necesidad de líquidos, no se les da las cantidades necesarias.
- Existe la posibilidad de que los niños pueden estar sufriendo otras enfermedades infecciosas que les causa la diarrea.

En los años 1977 y 1978, se reportaron entre 3,000 a 5,000 millones de casos de diarrea, lo que dio como resultado de 5 a 10 millones de muertes en Asia, Africa y América Latina.

Aunque no hemos podido examinar los registros oficiales, existe evidencia de que 70 de cada 100 niños admitidos en clínicas, hospitales o centros de salud sufren de diarrea. En muchos casos, esta enfermedad produce un desequilibrio hidroeléctrico, lo que puede provocar un ataque hipovolémico y la muerte.

La diarrea es la causa principal de la muerte en niños menores de 4 años.

En las áreas rurales, donde apenas están disponibles la ayuda médica y medicinas, la muerte por deshidratación es casi una tragedia diaria.

En Honduras, el 70% de los casos de diarrea no acuden a los servicios de salud institucionalizados. El tratamiento se hace en casa.

Todos los hechos anteriores demuestran que existe una gran necesidad de planificar, organizar y ejecutar programas simples de salud y establecer clínicas para ayudar a diagnosticar, curar y, lo que es más importante, a prevenir la diarrea.

Durante varios años, la profesión médica pensó equivocadamente que el único tratamiento que existía para el desequilibrio hidroeléctrico consistía en la hidratación parenteral o en soluciones intravenosas. Hoy en día, la hidratación oral es talves el método más usado comunmente en la mayor parte de países.

En 1976, el Dr. Carlos Beteta publicó un trabajo en el cual presentó una lista de las ventajas y los problemas de la hidratación oral. Los factores reales siguen siendo los siguientes:

VENTAJAS

1. Es más fisiológico
2. Más rápido
3. No deberá producir complicaciones
4. No se necesita un personal técnico para su aplicación
5. Bajo costo

6. Reduce en forma significativa la mortalidad por desequilibrio hidroeléctrico.
7. Impide un mayor deterioro nutricional.
8. Es generalmente bien aceptada.
9. No traumatiza al paciente física ni emocionalmente.
10. Se puede utilizar en casa.
11. No necesita equipo esterilizado.
12. Se puede llevar incluso a lugares lejos de los centros médicos.
13. Se puede utilizar incluso cuando hay vómitos.
14. El equilibrio es siempre positivo. Se efectúa la absorbción de agua, sodio y glucosa pese a la masiva secreción intestinal.
15. Los resultados son similares a los obtenidos mediante un tratamiento intravenoso.
16. Ofrece una oportunidad "ideal" para enseñar medidas de higiene en la dieta, durante y después del período agudo.

DESVENTAJAS

- A. La dificultad relativa de obtener la glucosa y los electrolítos en pequeñas comunidades.
- B. Cerca del 5% de los pacientes presentan una intolerancia a la glucosa.

- C. Cerca del 5% de los pacientes presentan vómitos persistentes.
- D. La dificultad de vencer las creencias populares en lo referente al trato del paciente con diarrea.

El uso de la rehidratación oral disminuirá la necesidad de hospitalización y reducirá los efectos negativos de la diarrea en los estados nutricionales; y, además, reducirá la tasa de mortalidad.

Por lo tanto, son evidentes las ventajas de la rehidratación oral, y ésta deberá ser la respuesta a los problemas diarreicos que sufre la población infantil.

La Academia para el Desarrollo Educacional (ACADED) está ayudando al Ministerio de Salud Pública de Honduras en el desarrollo de un Programa de Mercadeo Social (PMS) a nivel nacional de Sales de Rehidratación Oral (SRO) en el sector privado.

Los siguientes estudios se condujeron y publicaron durante la primera etapa de este programa:

"Los medios de Comunicación y las prácticas de salud"
(Implementación del proyecto-Nov. 1980, en inglés)

"Evaluación del Sistema de Distribución de las Sales de Rehidratación Oral en Honduras"

(Informe final-Agosto 1984, en inglés)

"Evaluación de los medios de comunicación y las prácticas de salud en Honduras"

(Informe sobre los principales descubrimientos-Junio 1985, en inglés)

"Resultados sobre la evaluación formativa del componente educacional del programa central sobre enfermedades diarreicas"

(Oct. 1985, en inglés)

"La Terapia de Rehidratación Oral"

(Evaluación de la experiencia en Honduras-Oct. 1985, en español)

"Estudio de Pre-factibilidad de Mercadeo Social de Sales de Rehidratación Oral en Honduras"

(Abril 1986, en español)

Todos los documentos mencionados anteriormente, y otros estudios conducidos con los mismos propósitos, representan una gran contribución a este programa.

El Proyecto de Investigación de Mercadeo presentado a continuación constituye la fase II del proyecto de factibilidad.

EL MERCADO

La República de Honduras ocupa una extensión de 112,084 Km.² en el territorio centroamericano. Es el segundo país más grande en términos de extensión.

Con una población de 4.5 millones, Honduras es el país menos poblado de Centro América. Por ejemplo, con una extensión de más de cinco veces el tamaño de su pequeño país vecino, El Salvador, Honduras tiene alrededor de 400.000 habitantes de menos.

Honduras es un país muy joven: Casi el 50% de su población tiene menos de 15 años.

El idioma oficial es el español y su moneda es el lempira (LPS). El ingreso per capita se estima a LPS 1,200.00 por año, lo que equivale a \$600.00 (dólares estadounidenses)

El 60% de la población vive en el área rural, cifra que también equivale a la tasa de analfabetismo.

Las ciudades principales son Tegucigalpa (Capital) y San Pedro Sula, centro económico más importante.

La población rural está muy dispersa en más de 20,000 comunidades pequeñas a través de 18 distritos.

EL PROYECTO DE INVESTIGACION

PROPOSITO GENERAL:

- Proporcionar la información necesaria para determinar y seleccionar la más viable mezcla de mercadeo para la futura comercialización de Sales de Rehidratación Oral.

- Establecer una base o plataforma (Benchmark) para medir las variaciones que se detecten en el mercado como consecuencia de nuestras estrategias de lanzamiento y comercialización del producto, a corto, mediano y largo plazo.

LOS ESTUDIOS:

Como cualquier bien de consumo, en el que hoy nos ocupa, "Sales de Rehidratación Oral", se requiere de la concurrencia de factores como "PRODUCTO", "DISTRIBUCION" y "CONSUMIDOR", para lograr su comercialización.

En este caso, por tratarse se un producto medicinal, aunque no ético, también se ha considerado como un factor importante la contribución de la clase médica.

Por lo tanto, los estudios realizados en este programa fueron los siguientes:

- A. Distribucional (Trade Overview Study) a nivel de Puntos de Venta (POP's) como:
 - a.1. Farmacias
 - a.2. Puestos de venta de medicinas
 - a.3. Pulperías
- B. Comunidad Médica (Medical Community Study)
- C. Estudio Cualitativo entre usuarios y no usuarios
- D. Estudio Básico de Mercado y Prueba de Producto Monádica. (Basic Marketing Study and In Home Monadic Product Test.)

CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS

A) DISTRIBUCIONAL (TRADE OVERVIEW STUDY)

OBJETIVO GENERAL

- Obtener la información necesaria para desarrollar una adecuada estrategia distribucional para el producto y la marca a ser introducidos al mercado hondureño.

- Comprender la dinámica de la comercialización del producto, desde el punto de vista de los intermediarios.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Determinar:

- A. Las actitudes del distribuidor o intermediario y las prácticas en relación a los productos usados para el tratamiento de la diarrea y deshidratación como Antibióticos, Antiespasmódicos y Sales de Rehidratación Oral. (Productos y Marcas.)
- B. El nivel de presencia (Stock) por marcas y tamaños.
- C. El nivel de distribución por tipo de POP.
- D. El volumen de venta estimado.
- E. Los márgenes promedio de ganancias. (Mark Ups).
- F. Los factores determinantes del precio.
- G. Los patrones de recompra.

- H. La dinámica de la compra en POP.
- I. La fuente de abastecimiento (Fabricante o Mayorista) y las relaciones con el detallista.
- J. La frecuencia de visita de los vendedores a POP intermediarios.
- K. La forma de pago.
- L. La actitud del detallista y percepciones en relación al Mercado de las Sales de Rehidratación Oral.
- M. La actitud del detallista hacia prácticas promocionales de mercadeo como:
 - Incentivos de detallistas.
 - POP material.
 - Empaque de envases.
 - Muestreo en POP.
 - Otros.

UNIVERSO BAJO ESTUDIO:

Farmacias, puestos de venta de medicinas y Pulperías, ubicados en áreas urbanas y rurales del país.

METODOLOGIA:

La recopilación de datos fue hecha mediante la conducción de una "Encuesta Cara a Cara", levantada en el Punto de Venta (POP) siguiendo un instrumento estructurado.

El entrevistado o sujeto idóneo fue el propietario o encargado del establecimiento, dando especial atención a los farmacéuticos profesionales en el caso de las farmacias.

LA MUESTRA:

Se condujeron 334 entrevistas repartidas de la siguiente forma en cuanto a tipos de POP's:

Pulperías	223
Puestos de Venta de medicinas	58
Farmacias	53

Se trabajó en 13 de los 18 departamentos del país, en áreas urbanas y rurales.

INSTRUMENTO:

Se utilizaron 2 instrumentos, 1 para "Farmacias y Puestos de Venta" y otro para "Pulperías".

Estos instrumentos fueron sometidos a una Prueba Piloto antes de ser impresas en su forma final.

ESTUDIO DISTRIBUCION EN PULPERIAS

BUENOS DIAS/TARDES/NOCHES. ME LLAMO _____ Y TRABAJO PARA UNA EMPRESA QUE ESTA REALIZANDO UN ESTUDIO SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS HONDUREÑOS.

LOS RESULTADOS SERAN MUY IMPORTANTES PARA NUESTRO PAIS Y NOS GUSTARIA CONOCER SU OPINION CALIFICADA Y EXPERIENCIA PERSONAL SOBRE ESTE TEMA. PARA EMPEZAR, NECESITAMOS CONOCER LO QUE USTED PIENSA SOBRE LA CAUSA DE MUERTE MAS COMUN DENTRO DE LOS NIÑOS HONDUREÑOS.

F1. DE QUE CREE USTED QUE SE MUEREN LOS NIÑOS HONDUREÑOS ?

diarrea () pase a pregunta F4
 malaria () desnutrición () parasitismo ()
 sarampión () deshidratación () tuberculosis ()
 gastroenteritis () no se ()
 otra _____ ()

F2. QUE TAN GRAVE CONSIDERA USTED QUE ES LA DIARREA COMO PROBLEMA DE SALUD PARA LA POBLACION INFANTIL DE HONDURAS ?. MUY GRAVE (), GRAVE () O SIN IMPORTANCIA () ?

F3. QUE COMPLICACION DE LA DIARREA CONSIDERA USTED QUE PUEDE LLEGAR A CAUSAR LA MUERTE DEL NIÑO, LA DESNUTRICION (), LA PERDIDA DE PESO () O LA DESHIDRATACION () ?
 las tres () no sabe ()

F4. HA OIDO USTED HABLAR DE LA DESHIDRATACION QUE CAUSA LA DIARREA ?
 no () pase a F5 si () → QUE ES LO QUE RECUERDA USTED DE LO QUE HA OIDO DECIR SOBRE LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA ?

F5. EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CUALES SON LOS PRINCIPALES SINTOMAS EN UN NIÑO CON DESHIDRATACION CAUSADA POR DIARREA ?

llora sin lágrimas () ojos hundidos () temperatura ()
 piel arrugada () mollera hundida () basca ()
 desgano () no orina () sed ()
 cambio color piel () boca seca () no sabe ()
 otro _____ ()

F6. CUALES SON LAS MEDICINAS POPULARES O REMEDIOS QUE USTED VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

vicks () divina () terramicina () pomada de
 aspirina () aralen () alka seltzer () la virgen ()
 mejoral () mentol () sal de uvas () desenfriol ()
 novalgina () conmel () sal andrews () l. magnesia ()

F7 CUANDO LA GENTE NECESITA MEDICINAS O REMEDIOS, LE PIDEN SU CONSEJO PARA ESCOGER LA QUE MAS LES CONVIENE O SIMPLEMENTE VIENEN A COMPRARLA ?

piden consejo () solo vienen a comprarla ()

F8. POR FAVOR RECUERDE LA ULTIMA VEZ QUE USTED VENDIO ALGUNA MEDICINA O REMEDIO, pausa

ESA VEZ, EL CLIENTE PIDIO LA MEDICINA DIRECTAMENTE O SOLICITO SU CONSEJO?.

directamente () → TENIA UNA RECETA (), LO PIDIO POR SU NOMBRE () O SEÑALO LAS CARACTERISTICAS FISICAS DEL PRODUCTO () ? CUALES ? color () forma de presentación () empaque ()

pidio consejo () → SIMPLEMENTE PIDIO UN PRODUCTO PARA LA DIARREA (), DESCRIBIO LOS SINTOMAS () O HASTA LE TRAJO AL NIÑO () ?

F9 VENDE USTED PRODUCTOS PARA TRATAR LA DIARREA O LA DESHIDRATACION EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

no () pase a pregunta D1. CUADRO D si () siga

----- CUADRO A -----

A1 LA ULTIMA VEZ QUE LE COMPRARON MEDICINAS PARA TRATAR UN NIÑO ,CON DIARREA, QUE TIPO DE PRODUCTO O MEDICINA VENDIO USTED ?. PRODUCTOS CONTRA LA INFECCION, PRODUCTOS PARA CORTAR LA DIARREA O EL VOMITO, PRODUCTOS PARA HIDRATAR O VENDIO OTRO TIPO DE MEDICINA ?

para hidratar () → ORAL () O INTRAVENOSA () ?

contra la infección () contra el vòmito () disminuir fiebre ()
cortar la diarrea () diarrea con sangre () no da consejo ()
otro ----- ()

A2 CUAL ES EL NOMBRE DE LA MEDICINA QUE USTED VENDIO LA ULTIMA VEZ ?

A3 TENIA DESHIDRATACION ESE NIÑO?

si () si no mencionò "hidratar" en A2 pregunte: QUE ACONSEJO
no () no sabe () USTED PARA LA DESHIDRATACION ?

----- CUADRO A cont -----

A4 QUIEN HIZO LA COMPRA ESA VEZ ?

la madre () el padre () un hijo menor ()
 no recuerda () otro _____ ()

A5 CUANTAS UNIDADES DE PRODUCTO LE COMPRO ?

_____ sobres _____ jarabes _____ pastillas o capsulas
 _____ inyecciones _____ frascos _____ otro _____

A6 DE CADA DIEZ VECES QUE LE COMPRAN MEDICINAS PARA TRATAR LA DIARREA O LA DESHIDRATACION, CUANTAS VECES DIRIA USTED QUE SE LA PIDEN DIRECTAMENTE, POR SU NOMBRE ? _____ veces. CUANTAS VECES DE CADA DIEZ, LE PIDEN CONSEJO PARA SELECCIONAR EL PRODUCTO ? _____ veces Y CUANTAS VECES DE CADA DIEZ LE VIENEN A COMPRAR LA MEDICINA CON RECETA MEDICA ? _____ veces

----- CUADRO B -----

B1 CUALES SON LAS MEDICINAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA Y LA DESHIDRATACION QUE USTED VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

diarrea

ACROMAPECTIN ()	ENTEROGUANIL ()	PEPTOBISMOL ()
ACROMICINA ()	ENTESTINOMICINA ()	PIPERACINA ()
AMPICILINA ()	FLABIL ()	SALVATRIM ()
ANDIZOL ()	GABRORAL COMPLEX ()	SEPTRAN ()
ANTIDIARR BCO ()	KAOFAR C/NEOMIC ()	SULFABISMUTO ()
BACTEROCTAL ()	KAOLIN AN PECTIN ()	SULFADIACINA ()
BACTRIN ()	KAOMICIN ()	SULFADIAZINA ()
BENOCAL ()	LIQUIDO BLANCO ()	SULFAGUADIZINA ()
BISMOCAL ()	LIQUIDO ROSADO ()	SULFAS ()
BISMUTO COMP ()	LOMATIL ()	SULFATIAZOL ()
BISMUTOS ()	LYOFILAC ()	SULMEPRIN ()
CAOLIN PECTINA ()	MEDENDISOL ()	SULPETIL ()
CAOPETATE ()	METRODILASOL ()	SUSPECTINA ()
CARBAZONE ()	METRONIDAL ()	TERRAMICINA ()
CICLOTER ()	MEXAFORMO ()	TETRACICLINA ()
CLORAFENISOL ()	MIXTURA ()	TREDA ()
ENTERO FANIL ()	NALIDIXICO ()	VERACEF ()
ENTEROBACTICEL ()	NEOPECTINOVA ()	WINTOMILON ()
ENTEROCEVIT ()	NOVOAMPICILIN ()	OTRO _____ ()
ENTEROFORMO ()	OXILCO ()	OTRO _____ ()

deshidratación

BITADEX ()	HYDRAFIX ()	SALES DE RO ()
DEXTROLITO ()	LITREN ()	SERVIDRAT ()
DEXTROSA ()	ORAELECTRIL ()	SUERO ORAL VIT ()
DEXTROVITA ()	PEDIALYTE ()	SUEROLITO ()
OTRO _____ ()	OTRO _____ ()	VENODEX ()
OTRO _____ ()	OTRO _____ ()	OTRO _____ ()

----- CUADRO B cont -----

entrevistador: si solo tiene un producto contra la diarrea o la deshidratación, haga los ajustes necesarios en las preguntas que siguen.

B2 DE ESOS PRODUCTOS, CUAL ES EL QUE MAS SE VENDE ? Y EN SEGUNDO LUGAR?
anote en el cuadro abajo

B2a PODRIA ENSEÑARME UNO DE CADA UNO DE LOS DOS PRODUCTOS QUE MAS VENDE EN LAS DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACION Y TAMAÑOS QUE TENGA ?.

Nombre		Tabletas	Liquido	Sobres	Cápsulas	Otros
1er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Tamaño 1	-----	-----	-----	-----	-----
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño 2	-----	-----	-----	-----	-----
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
2do Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Tamaño 1	-----	-----	-----	-----	-----
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño 2	-----	-----	-----	-----	-----
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----

Nombre comercial del producto de mas venta (1er lugar)

B3 CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE COMPRO _____ ?
hace: _____ meses _____ semanas _____ días

B4 TIENE LA FACTURA U OTRO DOCUMENTO DE ESA COMPRA?
Entrevistador: si obtiene la factura, úsela para llenar las preguntas B5, B6, B7 y B8. si () tome datos no () siga

B5 CUALES SON LOS NOMBRES DE LOS PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS DONDE OBTUVO LAS MEDICINAS LA ULTIMA VEZ ? EN DONDE ESTAN LOCALIZADOS ?
establecimiento ciudad o población

B6 CUANTAS UNIDADES DE _____ COMPRO LA ULTIMA VEZ?
VEZ ? A QUE PRECIO COMPRO CADA UNIDAD ?
entrevistador: establezca la cantidad de unidades para cada forma de presentación y tamaño.

	Tabletas	Liquido	Sobres	Cápsulas	Otros
Forma de presentac	()	()	()	()	()
Tamaño 1	-----	-----	-----	-----	-----
Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
Tamaño 2	-----	-----	-----	-----	-----
Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----

20

----- CUADRO B cont -----

- B7** LA ULTIMA VEZ QUE USTED COMPRO _____
OBTUVO ALGUN DESCUENTO EN ESA COMPRA?
- si () CUAL FUE EL DESCUENTO QUE LE HICIERON ? _____ %
no () SIGA descuento de L. _____ en una compra de L. _____
- B8** OBTUVO ALGUN BENEFICIO ESPECIAL EN SU ULTIMA COMPRA DE _____ ?
no () si () CUAL FUE EL BENEFICIO QUE RECIBIO ? _____
- B9** CUANDO COMPRA UNA CANTIDAD GRANDE DE _____
LE DAN UN PRECIO MAS BAJO ?
- no () si () A QUE PRECIO SE LO DAN ? L. _____
QUE CANTIDAD TIENE QUE COMPRAR PARA CONSEGUIR
EL DESCUENTO ? cant: _____ unidad: _____
- B10** LA ULTIMA VEZ QUE COMPRO _____, HIZO LA COMPRA AL
CREDITO O AL CONTADO?
- contado () ALGUNA VEZ HA COMPRADO A CREDITO A ESTE DISTRIBUIDOR ?
si () pregunte crédito no () pase a F6
- crédito () QUE PLAZO LE DAN PARA PAGAR? _____ dias () meses ().
LE COBRAN INTERESES ? si () CUANTO? L. _____
no () _____ %

entrevistador:

- si su entrevistado no vende sueros para tomar, pase a D1
si su entrevistado si vende sueros para tomar, pase a D3

----- CUADRO D -----

- D1** HA VENDIDO ALGUNA VEZ SUEROS PARA TOMAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO?
si () pase a preg D3 no () siga a preg D2
- D2** ALGUNA VEZ HA CONSIDERADO LA POSIBILIDAD DE VENDER SUEROS PARA
TOMAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?
- si () siga no () → PORQUE ?
la gente no los compraria ()
no son necesarios () difícil de conseguir ()
son muy caros () los buscan en otros sitios ()
no queremos venderlos ()
otro _____ ()
- D3.** CUANTO CONSIDERA USTED QUE EL PUBLICO ESTARIA EN POSIBILIDADES DE
PAGAR POR LA DOSIS DE UN DIA DE SUEROS PARA TOMAR ?
L. _____
- D4** CUAL CONSIDERA USTED QUE ES LA FORMA DE PRESENTACION MAS ADECUADA DE
LOS SUEROS PARA TOMAR ?. EN LIQUIDO, EN POLVO O EN TABLETA
EFERVECENTE ?
líquido () polvo () tableta efervescente ()

D5 CUAL CONSIDERA USTED QUE DEBERIA SER EL TAMAÑO MAS ADECUADO DE LOS SUEROS PARA TOMAR. EN DOSIS PARA MEDIO DIA, UN DIA O EN EMPAQUE PARA TRES DIAS ?

medio dia () un dia () tres dias ()
otro _____ ()

D6 EN SU OPINION, LA MEJOR FORMA PARA COMERCIALIZAR LOS SUEROS PARA TOMAR, ES COMO PRODUCTOS PARA TRATAR LA DIARREA O COMO PRODUCTOS PARA TRATAR LA DESHIDRATACION ?

diarrea () deshidratación ()

D7 CONSIDERA USTED QUE LOS PRODUCTOS PARA TRATAR LA DESHIDRATACION Y LA DIARREA, DEBEN SER VENDIDOS EXCLUSIVAMENTE BAJO RECETA MEDICA () O QUE TAMBIEN PUEDEN SER VENDIDOS SIN RECETA () ?

no sabe ()

----- siga a cuadro E -----

----- CUADRO E -----

E1 DE LAS EMPRESAS DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE USTED CONOCE O DE LAS QUE HA OIDO HABLAR, CUALES PIENSA USTED QUE SON LAS TRES MAS IMPORTANTES ?

no sabe ()

1era _____ 2nda _____

3era _____

E2 CUALES SERIAN LAS TRES COSAS MAS IMPORTANTES EN QUE USTED SE FIJA PARA COMPRAR A UNA DISTRIBUIDORA DE MEDICINAS ?

a) _____

b) _____

c) _____

E3 DE HABER UNA NUEVA MEDICINA QUE A USTED LE INTERESARA DISTRIBUIR EN ESTE ESTABLECIMIENTO, CON CUAL DE LAS TRES COMPAÑIAS DISTRIBUIDORAS PREFERIRIA TENER NEGOCIOS ?

no sabe ()

E4 PERMITE USTED A LAS EMPRESAS COMERCIALES QUE PONGAN PROPAGANDA DE LOS PRODUCTOS EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

no () pase a E6 si () RECIBE ALGO A CAMBIO POR PRESTARLES ESE SERVICIO ? no ()
si () QUE ? _____

E5 QUE TIPO DE PROPAGANDA CONSIDERA USTED QUE ES LA QUE MAS LE AYUDA A VENDER ?

----- siga -----

----- CUADRO G cont -----

66 APROXIMADAMENTE, A QUE DISTANCIA AQUI QUEDA EL ESTABLECIMIENTO DONDE USTED SE REAPROVISIONA DE MEDICINA ?.

distancia: -----

67 CADA CUANTO ACOSTUMBRA USTED COMPRAR MEDICINAS PARA SURTIR ESTE ESTABLECIMIENTO ?

cada: ----- días ----- semanas ----- meses

68 USUALMENTE, CUANDO USTED VA A COMPRAR LOS PRODUCTOS Y LAS MEDICINAS PARA SURTIR ESTE ESTABLECIMIENTO, QUE TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA ? pausa. CUANTO TIEMPO LE TOMA EL TRANSPORTE PARA LLEGAR A ESE LUGAR ?

automóvil () autobús () caballo () tiempo de
carreta () bicicleta () camina () transporte:
OTRO ----- () -----

69 GENERALMENTE, QUIEN HACE LAS COMPRAS DE MEDICINA PARA ESTE ESTABLECIMIENTO ?

la señora () el señor () un empleado () otro ()

----- CUADRO N PRODUCTOS EMPACADOS -----

N1 AHORA, NOS GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS PRODUCTOS EMPACADOS QUE USTED VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO.

	si	no		si	no
VENDE REFRESCOS ?	()	()	VENDE ACEITE DE COCINA ?	()	()
VENDE CIGARRILLOS ?	()	()	VENDE MANTECA ?	()	()
VENDE FOSFOROS ?	()	()	VENDE SALSAS ?	()	()
VENDE DULCES ?	()	()	VENDE AGUA OXIGENADA ?	()	()
VENDE BATERIAS ?	()	()	VENDE TOALLAS SANITARIAS ?	()	()

N2 CUALES SON LOS PRODUCTOS QUE LE VIENEN A DEJAR AQUI, A ESTE ESTABLECIMIENTO ?

refrescos embotellados	()	dulces	()	aceite	()
cigarrillos	()	fósforos	()	candelas	()
gas (kerosina)	()	sopas	()	jabón	()
cigarrillos	()	ron	()		
otros	-----				()

N3 CUAL ES EL NOMBRE DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS DISTRIBUIDORAS QUE LE VIENEN A DEJAR PRODUCTOS EMPACADOS DE CUALQUIER CLASE AQUI, A ESTE ESTABLECIMIENTO ?

----- siga -----

CUADRO N cont

N4 CUALES SERIAN LAS TRES COSAS MAS IMPORTANTES EN QUE USTED SE FIJARIA PARA COMPRARLE PRODUCTOS EMPACADOS A UN DISTRIBUIDOR ?

no sabe ()

a) _____

b) _____

c) _____

N5 SUPONIENDO QUE USTED ESTUVIERA INTERESADO(A) EN VENDER UN NUEVO PRODUCTO Y QUE CUALQUIERA DE LAS DISTRIBUIDORAS SE LO PUDIERA TRAER, CON CUAL DE TODAS PREFERIRIA TRABAJAR?

no sabe ()

N6 EL VENDEDOR O DISTRIBUIDOR QUE LO(A) VIENE A VER MAS SEGUIDO, MAS O MENOS CADA CUANTO TIEMPO VIENE ?

Cada ____ dias () semanas () meses () otro _____ ()

N7 LA ULTIMA VEZ QUE USTED COMPRO PRODUCTOS PARA SURTIR LA PULPERIA A UN DISTRIBUIDOR , OBTUVO ALGUN DESCUENTO EN ESA COMPRA?

si () CUAL FUE EL DESCUENTO QUE LE HICIERON ? _____ %
no () SIGA descuento de L. _____ en una compra de L. _____

N8 ESA ULTIMA VEZ, HIZO LA COMPRA AL CREDITO O AL CONTADO?

contado() ALGUNA VEZ HA COMPRADO A CREDITO A UN DISTRIBUIDOR ?
si () pase a credito no () pase a N14

credito() QUE PLAZO LE DAN PARA PAGAR? _____ dias() meses().
LE COBRAN INTERESES ? si () CUANTO? L. _____
no () _____ %

N9 OBTIENE ALGUN INCENTIVO ESPECIAL CUANDO COMPRA A UN DISTRIBUIDOR ?

no () si () QUE TIPO DE INCENTIVO ? _____

_____ siga a cuadro L

CUADRO L

ANTES DE TERMINAR, QUISIERAMOS HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE UN PRODUCTO QUE DE ALGUNA FORMA SERIA LA COMPETENCIA DEL NUEVO PRODUCTO QUE SE BUSCA INTRODUCIR EN EL MERCADO. CONOCE USTED LITROSOL ?

si () siga

no () pase a cierre

_____ siga

25

CUADRO L cont

L1 DE QUE MANERA SE ENTERO USTED DE LA EXISTENCIA DE LITROSOL ?

partera () guardián de salud () radio ()
un amigo/a () centro de salud ()
otro ----- ()

L2 ALGUNA VEZ HAN VENIDO A PEDIRLE LITROSOL A ESTE ESTABLECIMIENTO?

si () siga no () pase a L 5

L3 USTED DIRIA QUE VIENEN A PEDIRLE LITROSOL A ESTE ESTABLECIMIENTO,
MUY SEGUIDO (), SEGUIDO () O SOLO DE VEZ EN CUANDO () ?

L4 QUE LES HA CONTESTADO USTED ?

que no tiene ()
que no se vende en la farmacias ()
les ha ofrecido otra medicina ()
les ha dicho que vayan a un /cesar ()
cesamo/puesto de salud/ hospital ()
otro ----- ()

L5 SABE USTED COMO SE PREPARA LITROSOL ?

si () siga no () pase a cierre

L6. PODRIA DESCRIBIRME BREVEMENTE COMO SE PREPARA LITROSOL ?

entrevistador: marque los pasos de preparación que le vaya indicando

1. tomar un recipiente de un litro o su equivalente ()
2. llenarlo de agua ()
3. usar agua hervida ()
4. poner todo el contenido del sobre en el agua ()
5. mueve o agita hasta que se mezcle bien. ()

entrevistador: evalúe, de acuerdo con el entrenamiento que recibió,
si el procedimiento que le describen es :

correcto () incorrecto ()
completo () incompleto ()
ordenado () desordenado ()

CIERRE

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION TRANSMITIENDONOS SU EXPERIENCIA SU
CONOCIMIENTO Y SUS IDEAS SOBRE ESTE TEMA. TIENE USTED ALGUNA OTRA OPINION
O ALGO MAS QUE DECIR SOBRE LA COMERCIALIZACION DE LOS SUEROS PARA
REHIDRATACION ORAL U OTRO TEMA ?

Datos por observación para ser llenados después de concluida la entrevista.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO: _____ DEPTO: _____

POSICION EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA PERSONA ENTREVISTADA:
PROPIETARIO () FAMILIAR () EMPLEADO () OTRO ()

CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO:

1. Tamaño físico: Grande () pequeño ().
2. Personal: Una persona () más de una persona ().
3. Surtido productos: Bien surtido () poco surtido ().
4. Surtido medicinas: Bien surtido () poco surtido ().
5. Medicinas popular a la vista si () no ()
6. Material publicitario: mucho () poco () ninguno ()
7. Otro material promociones no () si () Cuál ?
8. NSE de las vecindades: AB () C () D () E ()

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

CERTIFICACION: Yo, _____ certifico que el contenido de este formulario responde cabalmente a las respuestas ofrecidas por el entrevistado. Estoy enterado que cualquier alteración de mi parte en cuanto a la forma de entrevista y/o selección del interrogado, redundará en perjuicio de la empresa contratante y es motivo suficiente para que mi trabajo sea anulado. Acepto la responsabilidad por la exactitud de las respuestas y me doy por enterado que en caso de inexactitudes no tendré derecho a cobro alguno.

HORA DE FINALIZACION DE LA ENTREVISTA _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR.

ESTUDIO DISTRIBUCIONAL

BUENOS DIAS/TARDES/NOCHES. ME LLAMO _____ Y TRABAJO PARA UNA EMPRESA QUE ESTA REALIZANDO UN ESTUDIO SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS HONDUREÑOS.

LOS RESULTADOS SERAN MUY IMPORTANTES PARA NUESTRO PAIS Y NOS GUSTARIA CONOCER SU OPINION CALIFICADA Y EXPERIENCIA PERSONAL SOBRE ESTE TEMA. PARA EMPEZAR, NECESITAMOS CONOCER SU CRITERIO SOBRE LA CAUSA DE MUERTE MAS COMUN DENTRO DE LA POBLACION INFANTIL HONDUREÑA.

F1. EN SU OPINION, CUAL ES ESA CAUSA ?

diarrea	()	pase a pregunta A1 de cuadro A	
malaria	()	desnutrición	()
sarampión	()	deshidratación	()
tuberculosis	()	parasitismo	()
gastroenteritis	()	no se	()
otra	_____		()

F2. QUE TAN GRAVE CONSIDERA USTED QUE ES LA DIARREA COMO PROBLEMA DE SALUD PARA LA POBLACION INFANTIL DE HONDURAS ?. MUY GRAVE (), GRAVE () O SIN IMPORTANCIA () ?

las tres ()

F3. QUE COMPLICACION DE LA DIARREA CONSIDERA USTED QUE PUEDE LLEGAR A CAUSAR LA MUERTE DEL NIÑO, LA DESNUTRICION (), LA PERDIDA DE PESO () O LA DESHIDRATACION () ?

las tres () no sabe ()

F4. COMO LE EXPLICA USTED A SUS CLIENTES EN QUE CONSISTE LA DESHIDRATACION DE UN NIÑO ?

----- CUADRO A -----

A1. EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CUALES SON LOS PRINCIPALES SINTOMAS DE LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA EN UN NIÑO ?

llora sin lágrimas	()	ojos hundidos	()	temperatura	()
piel arrugada	()	mollera hundida	()	basca	()
desgano	()	no orina	()	sed	()
cambio color piel	()	boca seca	()	no sabe	()
otro	_____				()

----- siga -----

25

F6 VENDE USTED PRODUCTOS PARA TRATAR LA DIARREA EN ESTE ESTABLECIMIENTO?
 no () pase a filtro FB (después de cuadro B) si () siga

F7 CUAL ES EL NOMBRE DEL PRODUCTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON DIARREA QUE MAS LE PIDEN SUS CLIENTES EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

litrosol () otro _____ ()

CUADRO B

B1 CUALES SON LAS MEDICINAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON DIARREA QUE USTED VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

ACROMAPECTIN ()	ENTEROGUANIL ()	PEPTOBISMOL ()
ACROMICINA ()	ENTESTINOMICINA ()	FIPERACINA ()
AMPICILINA ()	FLAGIL ()	SALVATRIM ()
ANDIZOL ()	GABRORAL COMPLEX ()	SEPTRAN ()
ANTIDIARR BCO ()	KAOFAR C/NEOMIC ()	SULFABISMUTO ()
BACTEROCTAL ()	KAOLIN AN PECTIN ()	SULFADIACINA ()
BACTRIN ()	KAOMICIN ()	SULFADIAZINA ()
BENOCAL ()	LIQUIDO BLANCO ()	SULFAGUADIZINA ()
BISMOCAL ()	LIQUIDO ROSADO ()	SULFAS ()
BISMUTO COMP ()	LOMATIL ()	SULFATIAZOL ()
BISMUTOS ()	LYOFILAC ()	SULMEPRIN ()
CAOLIN PECTINA ()	MEDENDISOL ()	SULPETIL ()
CAOPETATE ()	METRODILASOL ()	SUSPECTINA ()
CARBAZONE ()	METRONIDAL ()	TERRAMICINA ()
CICLOTER ()	MEXAFORMO ()	TETRACICLINA ()
CLORAFENISOL ()	MIXTURA ()	TREDA ()
ENTERO FANIL ()	NALIDIXICO ()	VERACEF ()
ENTEROBACTICEL ()	NEOPECTINOVA ()	WINTOMILON ()
EMTEROCEVIT ()	NOVOAMPICILIN ()	OTRO _____ ()
ENTEROFORMO ()	OXILCO ()	OTRO _____ ()
OTRO _____ ()	OTRO _____ ()	OTRO _____ ()

B2 DE ESOS PRODUCTOS, CUAL ES EL QUE USTED MAS VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO? Y EN SEGUNDO LUGAR ? Y EN TERCER LUGAR ?
 PODRIA ENSEÑARME UNO DE CADA UNO DE LOS TRES PRODUCTOS QUE MAS VENDE EN LAS DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACION Y TAMAÑOS QUE TENGA ?.

Nombre		Tabletas	Liquido	Sobres	Cápsulas	Otros
1er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
2do Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
3er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----

siga

----- CUADRO B cont -----

Nombre comercial del producto de mas venta (1er lugar)
 entrevistador: asegurarse de que las respuestas a las preguntas que siguen sean con referencia al 1er lugar.

B3 CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE REABASTECIO DE _____?
 _____meses _____semanas _____dias

B4 TIENE LA FACTURA U OTRO DOCUMENTO DE ESA COMPRA?
 Entrevistador: insista con suavidad. si () tome datos
 Pregunte por una anterior, suplique! no () pase a B5
 Los datos que no esten en la factura, obténgalos haciendo las preguntas correspondientes al literal con mayúsculas.

b3 Fecha del último reabastecimiento _____

b5 Nombre de la casa proveedora _____

b6 Cantidad de unidades que compró (anote en el cuadro de abajo)

b6 Precio Unitario de la compra (anote en el cuadro de abajo)

Nombre	Datos de la compra	Tabletas	Líquido	Sobres	Cápsulas	Otros
1er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----

b6 Valor total de la compra L. _____

b7 Indicación de algun descuento? no () si () Cuánto? ____%
 brinque a preg B8 de este cuadro.

B5 CUAL ES EL NOMBRE DE LA CASA DISTRIBUIDORA O ESTABLECIMIENTO DONDE USTED OBTUVO EL PRODUCTO LA ULTIMA VEZ ?.

distribuidor: _____

B6 CUANTAS UNIDADES DE _____ COMPRO LA ULTIMA VEZ ? A QUE PRECIO COMPRO CADA UNIDAD ?
 entrevistador: establezca la cantidad de unidades y el precio para cada forma de presentación y tamaño.

Datos de la compra	Tabletas	Líquido	Sobres	Cápsulas	Otros
Forma de presentac	()	()	()	()	()
1ro. Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
Costo (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
2do. Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
Costo (L.)	-----	-----	-----	-----	-----

B7 LA ULTIMA VEZ QUE USTED COMPRO PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE DIARREA INFANTIL OBTUVO ALGUN DESCUENTO EN ESA COMPRA?

si () CUAL FUE EL PORCENTAJE DE DESCUENTO QUE LE HICIERON ?
 no () SIGA _____%

B8 OBTUVO ALGUN INCENTIVO ESPECIAL EN SU ULTIMA COMPRA DE _____?

no () si () QUE TIPO DE INCENTIVO RECIBIO? _____

----- siga -----

----- CUADRO B cont -----

B9 LA ULTIMA VEZ QUE COMPRO _____, HIZO LA COMPRA AL CREDITO O AL CONTADO?

contado() ALGUNA VEZ HA COMPRADO A CREDITO A ESTE DISTRIBUIDOR ?
 si () pregunte crédito no () pase a F8

crédito() QUE PLAZO LE DAN PARA PAGAR? _____ dias() meses().
 LE COBRAN INTERESES ? si () CUANTO ? _____ %
 no ()

----- siga a F8 -----

F8. VENDE USTED SUEROS PARA REHIDRATAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

no () pase a pregunta D1 (después de cuadro C).
 si () siga

----- CUADRO C -----

C1 QUE NOMBRES COMERCIALES DE SUEROS PARA REHIDRATAR VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

BITADEX	()	HYDRAFIX	()	SALES DE RO	()
DEXTROLITO	()	LITREN	()	SERVIDRAT	()
DEXTROSA	()	ORAELECTRIL	()	SUERO ORAL VIT	()
DEXTRUVITA	()	PEDIALYTE	()	SUEROLITO	()
OTRO _____	()	OTRO _____	()	VENODEX	()

C2 DE LOS PRODUCTOS ANTERIORES, CUAL ES EL QUE USTED MAS VENDE EN ESTE ESTABLECIMIENTO? Y EN SEGUNDO LUGAR ? Y EN TERCER LUGAR ?
 PODRIA ENSEÑARME UNO DE CADA UNO DE LOS TRES PRODUCTOS QUE MAS VENDE EN LAS DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACION Y TAMAÑOS QUE TENGA ?.

Nombre		Tabletas	Líquido	Sobres	Cápsulas	Otros
1er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
2do Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
3er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----

Nombre comercial del producto de mas venta (1er lugar)

C3 CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE REABASTECIO DE _____ ?
 _____ meses _____ semanas _____ dias

entrevistador: asegurarse de que las respuestas a las preguntas que siguen sean con referencia al 1er lugar.

----- siga -----

26

----- CUADRO B cont -----

C4 TIENE LA FACTURA U OTRO DOCUMENTO DE ESA COMPRA?
 Entrevistador: insista con suavidad. si () tome datos
 Pregunte por una anterior. suplique! no () pase a C5
 Los datos que no esten en la factura, obtengalos haciendo
 las preguntas correspondientes al literal con mayúsculas.

- c3 Fecha del último reabastecimiento -----
 c5 Nombre de la casa proveedora -----
 c6 Cantidad de unidades que comprò (anote en el cuadro de abajo)
 c7 Precio Unitario de la compra (anote en el cuadro de abajo)

Nombre	Datos de la compra	Tabletas	Líquido	Sobres	Cápsulas	Otros
1er Lugar	Forma de presentac	()	()	()	()	()
	Precio (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
	Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----

- c7 Valor total de la compra L. -----
 c8 Indicación de algun descuento? no () si () Cuánto? ___%
 brinque a preg C9 de este cuadro.

C5 CUAL ES EL NOMBRE DE LA CASA DISTRIBUIDORA O ESTABLECIMIENTO DONDE
 USTED OBTUVO EL PRODUCTO LA ULTIMA VEZ ?

distribuidor: -----

C6 CUANTAS UNIDADES DE ----- COMPRO LA ULTIMA
 VEZ ? A QUE PRECIO COMPRO CADA UNIDAD ?

entrevistador: establezca la cantidad de unidades y el precio para
 cada forma de presentacion y tamaño.

Datos de la compra	Tabletas	Líquido	Sobres	Cápsulas	Otros
Forma de presentac	()	()	()	()	()
1ro. Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
Costo (L.)	-----	-----	-----	-----	-----
2do. Tamaño	-----	-----	-----	-----	-----
Costo (L.)	-----	-----	-----	-----	-----

C7 LA ULTIMA VEZ QUE USTED COMPRO SUEROS PARA REHIDRATAR, OBTUVO ALGUN
 DESCUENTO EN ESA COMPRA?

si () CUAL FUE EL PORCENTAJE DE DESCUENTO QUE LE HICIERON ?
 no () siga ----- %

C8 OBTUVO ALGUN INCENTIVO ESPECIAL EN SU ULTIMA COMPRA DE ----- ?
 no () si () QUE TIPO DE INCENTIVO RECIBIO? -----

C9 LA ULTIMA VEZ QUE COMPRO -----, HIZO LA COMPRA AL
 CREDITO O AL CONTADO?

contado () ALGUNA VEZ HA COMPRADO A CREDITO A ESTE DISTRIBUIDOR ?
 si () pregunte crédito no () pase a D3

crédito () QUE PLAZO LE DAN PARA PAGAR ? ----- días () meses ()
 LE COBRAN INTERESES ? si () CUANTO? L. -----
 no () ----- %

----- pase a pregunta D3 cuadro D-----

----- CUADRO D -----

D1 HA VENDIDO ALGUNA VEZ SUEROS PARA REHIDRATACION ORAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

si () pase a preg D3 no () siga

D2 ALGUNA VEZ HA CONSIDERADO LA POSIBILIDAD DE VENDER SUEROS PARA REHIDRATACION ORAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

si () no () PIENSA QUE LA GENTE NO LOS COMPRARIA (),
QUE SON MUY CAROS () QUE SERIA MUY DIFICIL
QUE SE LOS TRAJERAN () O QUE NO SON NECESA-
RIOS () ?

otro _____

D3. CUANTO CONSIDERA USTED QUE EL PUBLICO ESTARIA EN POSIBILIDADES DE PAGAR POR LA DOSIS DE UN DIA DE SUEROS PARA REHIDRATACION ORAL?

L. _____

D4 CUAL CONSIDERA USTED QUE ES LA FORMA DE PRESENTACION MAS ADECUADA PARA LOS SUEROS DE REHIDRATACION ORAL. EN LIQUIDO, EN POLVO O EN TABLETA EFERVESCENTE ?

liquido () polvo () tableta efervescente ()

D5 CUAL CONSIDERA USTED QUE DEBERIA SER EL TAMAÑO MAS ADECUADO PARA LOS SUEROS DE REHIDRATACION ORAL. EN DOSIS PARA MEDIO DIA, UN DIA O EN EMPAQUE PARA TRES DIAS ?

medio dia () un dia () tres dias ()

otro _____ ()

D6 EN SU OPINION, LA MEJOR FORMA PARA COMERCIALIZAR LOS SUEROS PARA REHIDRATACION ORAL ES COMO PRODUCTOS PARA TRATAR LA DIARREA O COMO PRODUCTOS PARA TRATAR LA DESHIDRATACION ?

diarrea () deshidratación ()

D7 CONSIDERA USTED QUE LOS PRODUCTOS PARA TRATAR LA DESHIDRATACION Y LA DIARREA, DEBEN SER VENDIDOS EXCLUSIVAMENTE BAJO RECETA MEDICA () O QUE TAMBIEN PUDEN SER VENDIDOS SIN RECETA () ?

USTED HA SIDO MUY GENEROSO(A) PROPORCIONANDONOS LA INFORMACION QUE LE SOLICITAMOS. ANTES DE TERMINAR QUISIERA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS CONTRA LA DIARREA Y CONTRA LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA.

----- siga a cuadro E -----

CUADRO E

E1 DE LAS EMPRESAS QUE DISTRIBUYEN PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN GENERAL, QUE USTED CONOCE O DE LAS QUE HA OIDO HABLAR, CUALES DIRIA USTED QUE SON LAS TRES MAS IMPORTANTES ?

1era _____

2nda _____

3era _____

E2 CUALES SERIAN LAS TRES CARACTERISTICAS MAS IMPORTANTES QUE USTED TOMARIA EN CUENTA PARA SELECCIONAR UNA EMPRESA DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS ?

a) _____

b) _____

c) _____

E3 DE HABER UN NUEVO PRODUCTO QUE A USTED LE INTERESARA DISTRIBUIR EN ESTE ESTABLECIMIENTO, CON CUAL DE LAS TRES PRINCIPALES EMPRESAS EMPRESAS DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS PREFERIRIA TENER NEGOCIOS ?

E4 PERMITE USTED A LAS EMPRESAS COMERCIALES QUE COLOQUEN AFICHES Y OTRO TIPO DE MATERIAL PROMOCIONAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO ?

no () pase a E6 si () RECIBE ALGO A CAMBIO POR PRESTARLES ESE SERVICIO ?

no ()

si () QUE ? _____

E5 QUE TIPO DE MATERIAL PROMOCIONAL CONSIDERA USTED QUE ES EL QUE MAS LE AYUDA A VENDER ?

E6 ACEPTA USTED DISTRIBUIR MUESTRAS GRATIS, VENDER PRODUCTO CON REGALO O COLABORAR CON OTROS TIPOS DE PROMOCION DE VENTAS ?

muestras gratis ()

producto con regalo ()

otro _____ ()

----- siga a cuadro G -----

----- CUADRO 6 -----

81 LO VISITAN EN ESTE ESTABLECIMIENTO, REPRESENTANTES DE VENTAS DE LAS EMPRESAS PRODUCTORAS O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS ?

si () no () brinque a G5

82 EL REPRESENTANTE DE VENTAS DE LA EMPRESA PRODUCTORA O DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE LO VISITA CON MAYOR FRECUENCIA, MAS O MENOS CADA CUANTO TIEMPO VIENE A VERLO ?

----- dias ----- semanas ----- meses ----- otro (esp)

83 EL REPRESENTANTE DE VENTAS TOMA SU ORDEN Y LE SURTE EL PRODUCTO EL MISMO DIA O SE LO ENTREGA DESPUES ?

entrega despues () brinque a G5 el mismo dia () siga

84 CUANTO TIEMPO PASA DESDE QUE TOMAN SU ORDEN HASTA QUE LE TRAEN LAS MEDICINAS ?

---- horas ---- dias ---- semanas ---- meses ---- otro (esp)

----- brinque a cuadro L-----

85 EN DONDE SE REAPROVISIONO DE MEDICINA LA ULTIMA VEZ ?

farmacia () distribuidora comercial () otro establecimiento ()
(especifique otro) -----

86 EN DONDE QUEDA EL ESTABLECIMIENTO DONDE COMPRO LAS MEDICINAS PARA SURTIRSE LA ULTIMA VEZ ?

en: -----

87 CADA CUANTO TIEMPO COMPRA MEDICINAS PARA ESTE ESTABLECIMIENTO ?

cada: ----- dias ----- semanas ----- meses

88 LA ULTIMA VEZ QUE HIZO LAS COMPRAS PARA SURTIR ESTE ESTABLECIMIENTO, QUE TIPO DE TRANSPORTE UTILIZO ?

AUTOMOVIL () AUTOBUS ()
OTRO ----- ()

89 QUIEN HIZO LAS COMPRAS LA ULTIMA VEZ QUE SURTIO DE MEDICINAS ESTE ESTABLECIMIENTO ?

la señora () el señor () un empleado () otro ()

----- siga a cuadro L-----

CUADRO L

ANTES DE TERMINAR, QUISIERAMOS HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE UN PRODUCTO QUE DE ALGUNA FORMA SERIA LA COMPETENCIA DEL NUEVO PRODUCTO, QUE SE BUSCA INTRODUCIR EN EL MERCADO. CONOCE USTED LITROSOL ?

si () siga no () pase a cierre

L1 ALBUNA VEZ HAN VENIDO A PEDIRLE LITROSOL A ESTE ESTABLECIMIENTO?

si () siga no () pase a L4

L2 USTED DIRIA QUE VIENEN A PEDIRLE LITROSOL A ESTE ESTABLECIMIENTO, MUY SEGUIDO (), SEGUIDO () O SOLO DE VEZ EN CUANDO () ?

L3^v QUE LES HA CONTESTADO USTED ?

que no tiene ()
que no se vende en la farmacias ()
les ha ofrecido otra medicina ()
les ha dicho que vayan a un /CESAR
CESAMO/puesto de salud/ hospital ()
otro _____ ()

L4 SABE USTED COMO SE PREPARA LITROSOL ?

si () siga no () pase a cierre

L5. PODRIA DESCRIBIRME BREVEMENTE COMO SE PREPARA LITROSOL ?

entrevistador: marque los pasos de preparaci3n que le vaya indicando

1. tomar un recipiente de un litro o su equivalente ()
2. llenarlo de agua ()
3. usar agua hervida ()
4. poner todo el contenido del sobre en el agua ()
5. mover o agitar hasta que mezcle bien. ()

entrevistador: evalúe, de acuerdo con el entrenamiento que recibió, si el procedimiento que le describen es :

correcto () incorrecto ()
completo () incompleto ()
ordenado () desordenado ()

CIERRE

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION TRANSMITIENDONOS SU EXPERIENCIA SU CONOCIMIENTO Y SUS IDEAS SOBRE ESTE TEMA. TIENE USTED ALGUNA OTRA OPINION O ALGO MAS QUE DECIR SOBRE LA COMERCIALIZACION DE LOS SUEROS PARA REHIDRATACION ORAL U OTRO TEMA ?

TEST DE DIFERENCIAL SEMANTICO
MEDICION DE ACTITUDES HACIA PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO
DE LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA

INSTRUCCIONES: EL PROPÓSITO DE ESTE TEST ES CALIFICAR CIERTOS CONCEPTOS CON UNA TABLA DE ADJETIVOS ORDENADOS POR PARES. LOS ADJETIVOS ESTAN SEPARADOS POR UNA ESCALA GRADUADA DE 3 A 1 QUE PASA POR UN PUNTO CENTRAL CERO.

SIGNIFICADO DE LA GRADUACION:

3	MUY	(MUCHO)
2	BASTANTE	(REGULAR)
1	ALGO	(UN POCO)
0	INDIFERENTE	(NI LO UNO NI LO OTRO)

UN EJEMPLO FACILITARA LA COMPRESION DEL TEST, SUPONGA QUE UNA PERSONA EVALUA "INUNDACION" DE LA SIGUIENTE MANERA:

	3	2	1	0	1	2	3	
BUENO <i>Good</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	MALO <i>Bad</i>
ACTIVO <i>Active</i>	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	PASIVO <i>Passive</i>
PODEROSO <i>Powerful</i>	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	INOFENSIVO <i>Harmless</i>
EFICAZ <i>Efficient</i>	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	DEFICIENTE <i>Deficient</i>

PARA ESTA PERSONA, "INUNDACION" ES UN SUCESO MUY MALO, BASTANTE ACTIVO, UN POCO PODEROSO E INDIFERENTE A CRITERIOS DE EFICIENCIA.

EL OBJETO DE ESTA PRUEBA ES DESCUBRIR LO QUE LAS PERSONAS EXPERIMENTAN ACERCA DE LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PRODUCTOS QUE SE USAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA. NO EXISTEN RESPUESTAS "CORRECTAS", LO UNICO IMPORTANTE ES LO QUE USTED SIENTE AL RESPECTO. POR ESO ES MUY IMPORTANTE QUE SE DEJE GUIAR POR SU PRIMERA IMPRESION, QUE MARQUE CONFORME LO QUE USTED SIENTE EN LUGAR DE USAR UNA RESPUESTA REBUSCADA. PARA CONSEGUIR MEJOR ESTE PROPOSITO, CONVIENE QUE USTED RESPONDA LO MAS RAPIDO QUE PUEDA.

POR FAVOR EVALUE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS DE PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA:

----- cont CUADRO A -----

A5. POR FAVOR RECUERDE EL ULTIMO CASO DE DIARREA INFANTIL QUE ATENDIO EN SU CONSULTA PRIVADA. FUE UN CASO GRAVE (), MODERADO () O MENOR () ? QUE TIPO DE MEDICAMENTO LE DIO A SU PACIENTE ESA VEZ ?

sales de rehidratacion oral	()	sueros intravenosos	()
antibióticos	()	antiespasmódicos	()
antidiarreicos	()	antivomitivos	()
antiparasitarios	()	antipiréticos	()

otro ----- ()

A6. CUAL ES EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRESCRIBIO EN EL ULTIMO CASO DE DIARREA INFANTIL QUE VIO EN SU CONSULTA PRIVADA?

A7. EN SU EXPERIENCIA, CUAL ES LA COMPLICACION QUE CON MAYOR FRECUENCIA OCASIONA UNA DIARREA AGUDA ?

deshidratación ()

otro ----- ()

----- pase a F1 -----

F1 HA ATENDIDO USTED RECIENTEMENTE EN SU CONSULTA PRIVADA UN CASO DE DESHIDRATACION INFANTIL CAUSADA POR DIARREA ?

si () siga a preg B1

no () pase a preg B4

----- CUADRO B -----

B1 LA ULTIMA VEZ QUE USTED ATENDIO EN SU CONSULTA PRIVADA UN CASO DE DESHIDRATACION CON ORIGEN DIARREICO, LO TRATO CON SUEROS ORALES CON LIQUIDOS INTRAVENOSOS, O USO ALGO MAS ?

- sueros de rehidratacion oral ()
liquidos intravenosos ()
sro/iv de acuerdo al grado de deshidratacion ()
otro ----- ()

B2 CUAL ES EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRESCRIBIO EN EL ULTIMO CASO DE DESHIDRATACION INFANTIL QUE VIO EN SU CONSULTA PRIVADA ?

----- pase a la pag sigte -----

B3 EN QUE CASOS UTILIZA USTED LA TERAPIA INTRA VENOSA?

en casos graves	()	al hospitalizar	()
vómito pertinaz	()	intolerancia via oral	()
oliguria prolongada	()	ilio paralítico	()
riesgo de bronco aspiración	()	pérdida 10% de peso	()
otro	----- ()		

B4 EN SU OPINION, CUALES SON LOS COMPONENTES MAS IMPORTANTES DE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL?

sales de Potasio	()	sales de Sodio	()
sales de Bicarbonato	()	sales de Cloro	()
glucosa	()	citrato	()
agua	()	otro	----- ()

B5 HA VISTO ALGUNA VEZ A UN NIÑO REHIDRATARSE CON SALES DE REHIDRATACION ORAL ?

si () no ()

B6 QUE RECOMIENDA USTED EN RELACION A LA ALIMENTACION DURANTE UN CUADRO DIARREICO INFANTIL EN LACTANTES ?

continuar solo pecho	()	suspender pecho	()	_____hrs
pecho con líquidos	()	formulas lácteas	()	
agua de arroz y/o jugo de zanahorias	()		()	
otro	----- ()			

Y EN NIÑOS MAYORES ?

continuar dieta normal	()	dieta	
suspender grasas	()	blanda	()
otros	----- ()		

----- siga a F2 -----

F2 HABLANDO DE MEDICAMENTOS EN GENERAL, CUAL FUE EL ULTIMO PRODUCTO O FARMACO INTRODUCIDO AL MERCADO HONDUREÑO QUE USTED COMENZO A UTILIZAR ?

----- C -----
C1. COMO SE ENTERO DE ESE NUEVO PRODUCTO ?

Folletos impresos ()	Material Audiovisual ()
Muestras gratis ()	Visitadores Médicos ()
Seminarios ()	Revista especializada ()
Cassettes ()	Otro (esp) _____ ()

C2. EN SU OPINION, CUAL ES EL FACTOR MAS IMPORTANTE PARA DECIDIR LA PRESCRIPCION DE UN NUEVO PRODUCTO, SU EFECTIVIDAD CLINICA, SUS CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS, LAS CODICIONES ECONOMICAS DEL PACIENTE U. OTRO TIPO DE FACTORES ?

efectividad clinica ()	económicos del paciente ()
farmacológicas ()	
- otro _____ ()

C3 QUE CLASE DE MATERIAL INFORMATIVO CONSIDERA QUE ES EL MAS ADECUADO PARA PROVEER INFORMACION A UN MEDICO QUE TRABAJE EN UNA LOCALIDAD COMO ESTA ?

Folletos impresos ()	Material Audiovisual ()
Muestras gratis ()	Visitadores Médicos ()
Seminarios ()	Revista especializada ()
Cassettes ()	Otro (esp) _____ ()

----- pase a DS -----

----- DS -----

PARA NOSOTROS SERIA DE MUCHA UTILIDAD CONOCER COMO EVALUA USTED LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PRODUCTOS CON QUE SE COMBATEN LA DIARREA Y LA DESHIDRATAACION. CON ESE PROPOSITO, LE ROGARIAMOS LLENAR ESTE FORMULARIO QUE SOLO TOMARA UNOS MINUTOS. (extenderle copia del test de DS completo)

(pausa. espere a que llene el test)

Cuando le devuelva el test lleno prosiga asi: AHORA LE VOY A LEER ESTE CONCEPTO GENERAL DE UN PRODUCTO PARA TRATAR LA DESHIDRATAACION CAUSADA POR LA DIARREA:

"BASICAMENTE, SE TRATA DE SALES DE REHIDRATAACION ORAL PREPARADAS DE ACUERDO CON LA FORMULA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EMPACADAS CONFORME LAS CONDICIONES DE NUESTRO CLIMA. SE CONSIDERA QUE AL PONERLES UN PRECIO BAJO, SERIA POSIBLE TENER UNA DISTRIBUCION QUE CUBRIERA TODO EL TERRITOTIO NACIONAL".

SUPONIENDO QUE ESA DESCRIPCION REFLEJARA CON EXACTITUD Y PRECISION LAS CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DEL PRODUCTO, PODRIA USTED EVALUARLO EN ESTA HOJA, HACIENDO TODAS LA ASUNCIONES NECESARIAS DE LA MANERA QUE A USTED LE PAREZCA MAS ADECUADA. (extenderle copia de la hoja de? test DS corto)

D1. CUAL CONSIDERA USTED QUE ES LA OPINION GENERAL DEL GREMIO MEDICO SOBRE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL, LAS ACEPTA O LAS RECHAZA ?.

las acepta () . Pase a D2

las rechaza () . CUALES CONSIDERA USTED QUE SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESE RECHAZO ?

desconocimiento de su base científica ()

falta de experiencia con el producto ()

experiencias negativas con el producto ()

rechazo por parte de los pacientes ()

no satisface expectativas del paciente ()

otro _____ ()

D2. EN LO PARTICULAR, PRESCRIBIRIA USTED A SUS PACIENTES UN PRODUCTO COMO EL DESCRITO, TENDRIA QUE PENSARLO MAS O DEFINITIVAMENTE NO LO PRESCRIBIRIA.

lo prescribiria () siga

tendria que pensarlo mas () siga

no lo prescribiria () brinque a F3

D3. CUALES SON LAS PRINCIPALES VENTAJAS DE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL ?

D4. CUALES SON LAS PRINCIPALES DESVENTAJAS DE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL ?

D5. QUE SERIA LO PRIMERO QUE USTED HARIA PARA QUE UN PRODUCTO COMO EL DESCRITO TUVIERA ACEPTACION DENTRO DEL GREMIO MEDICO ?

D6. CONSIDERA USTED QUE EL GREMIO MEDICO PRESCRIBIRIA ESTE PRODUCTO AUNQUE FUERA DISTRIBUIDO EN PULPERIAS O CREE QUE EL GREMIO MEDICO NO LO TOMARIA EN SERIO POR SER UN PRODUCTO POPULAR?

lo recomendaria () no lo tomaria en serio ()

----- pase a la pag sigte -----

----- cont CUADRO D -----

D5 QUE PIENSA USTED DE LOS PRODUCTOS MEDICINALES POPULARES QUE SE DISTRIBUYEN EN LAS PULPERIAS ?. SON EFECTIVOS PARA CURAR ALGUNA ENFERMEDADES NO COMPLICADAS, SOLO SIRVEN PARA ALIVIAR LOS MALESTARES O NO TIENEN NINGUNA UTILIDAD ?

enfermedades no complicadas () no tienen ninguna utilidad ()
alivian malestares () potencialmente peligrosas ()
otro ----- ()

F3 DOCTOR, ANTES DE TERMINAR QUISIERAMOS HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE UN PRODUCTO QUE EN ALGUNA FORMA SERIA LA PRINCIPAL COMPETENCIA DEL QUE LE HEMOS DESCRITO. CONOCE USTED LITROSOL ?

si () siga no () pase a cierre

F4 HA RECOMENDADO USTED ALGUNA VEZ EL USO DE LITROSOL A ALGUNO DE SUS PACIENTES ?

si () siga no () pase a cierre

E1 EN EL ULTIMO MES, APROXIMADAMENTE A CUANTOS PACIENTES LES RECOMENDO USTED EL USO DE LITROSOL ?.

a -----pacientes.

E2 CUANTOS SOBRES DE LITROSOL POR PACIENTE RECOMIENDA USTED?

----- sobres

CIERRE

DOCTOR, USTED FUE MUY GENEROSO CEDIENDONOS SU TIEMPO. LE PODEMOS ASEGURAR QUE SU INFORMACION Y SU ESFUERZO SE CONVERTIRAN EN BIENESTAR PARA LOS NIÑOS DE NUESTRO PAIS. SOLAMENTE, PARA TERMINAR QUISIERA SUPPLICARLE UNOS DATOS QUE NOS SERVIRAN PARA CLASIFICACION:

1. ADEMAS DE SU CLINICA, ATIENDE USTED PACIENTES EN EL SECTOR PUBLICO ?

si () no ()

2. APROXIMADAMENTE, CUANTAS CONSULTAS DIO USTED AQUI, EN SU CLINICA PRIVADA, DURANTE LA SEMANA PASADA ?

-----consultas

3. USTED SE DEDICA A LA MEDICINA GENERAL O SE ESPECIALIZA EN PEDIATRIA?

medicina general () pediatria ()

4. CUANTOS AÑOS DE PRACTICA MEDICA PROFESIONAL TIENE USTED?

-----años de práctica profesional.

MUCHAS GRACIAS

EVALUACION DE PRODUCTOS ANTIDIARREICOS

	3	2	1	0	1	2	3	
powerful POTENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Weak DEBIL
difficult to find DIFICIL DE CONSEGUIR	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	easy to find FACIL DE CONSEGUIR
ECONOMICO cheap	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CARO expensive
EFICIENTE efficient	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	EFICAZ Efficient
NECESITA RECETA needs prescription	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VENTA LIBRE Free sale
JUDICIAL moral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	BENEFICIOSO Advantageous
DELICADOS CASOS GRAVES	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CASOS unharmed LEVES cases
ACTIVO active	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	PASIVO Passive
INCONVENIENTE inconvenient	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	INADECUADO Unconvenient
INOCUO innocuous	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	PODEROSO Strong
RAPIDO fast	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	LENTO Slow
MALO BAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	BUENO GOOD
URBANO URBAN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	RURAL RURAL

Evaluation of Product Concept

EVALUACION DE: CONCEPTO DEL PRODUCTO

	3	2	1	0	1	2	3	
POTENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	DEBIL
DIFICIL DE CONSEGUIR	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	FACIL DE CONSEGUIR
ECONOMICO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CARO
EFICIENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	EFICAZ
NECESITA RECETA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	VENTA LIBRE
NO JUDICIAL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	BENEFICIOSO
CASOS GRAVES	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	CASOS LEVES
ACTIVO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	PASIVO
NO VENIENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	INADECUADO
INOCUO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	PODEROSO
RAPIDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	LENTO
MALO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	BUENO
URBANO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	RURAL

Datos por observación para ser llenados después de concluida la entrevista.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO: _____ DEPTO: _____

POSICION EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA PERSONA ENTREVISTADA:
PROPIETARIO () GERENTE () EMPLEADO () OTRO ()

FECHA: _____ DE OCTUBRE () NOVIEMBRE () DE 1986.

CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO:

1. Farmacia () Puesto de Venta Medicinas ()
2. Tamaño físico: Grande () pequeño ().
3. Personal: Una persona () más de una persona ().
4. Surtido: Bien surtido () poco surtido ().
5. NSE de las vecindades: AB () C () D () E ()

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

CERTIFICACION: Yo, _____ certifico que el contenido de este formulario responde cabalmente a las respuestas ofrecidas por el entrevistado. Estoy enterado que cualquier alteración de mi parte en cuanto a la forma de entrevista y/o selección del interrogado, redundará en perjuicio de la empresa contratante y es motivo suficiente para que mi trabajo sea anulado. Acepto la responsabilidad por la exactitud de las respuestas y me doy por enterado que en caso de inexactitudes no tendré derecho a cobro alguno.

FIRMA DEL ENTREVISTADOR.

ESTUDIO DE LA OPINION MEDICA

CUEST. No. _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: Dr. _____

DIRECCION: _____ TEL: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: Octubre, _____ de 1986. HORA: _____

AREA: Tegucigalpa () San Pedro Sula () _____ ()

ENTREVISTADOR: Lic. Carlos Flores _____

BUENOS DIAS/TARDES/NOCHES. ME LLAMO Carlos Flores Y TRABAJO PARA UNA EMPRESA QUE ESTA REALIZANDO UN ESTUDIO SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS HONDUREÑOS. DEBIDO A QUE LOS RESULTADOS SERAN MUY IMPORTANTES PARA NUESTRO PAIS USTED FUE SELECCIONADO PARA CONTRIBUIR CON SU OPINION CALIFICADA Y SU EXPERIENCIA PERSONAL EN ESTE TEMA. PARA EMPEZAR, NECESITAMO CONOCER SU CRITERIO SOBRE LA CAUSA DE MUERTE MAS FRECUENTE DENTRO D LA POBLACION INFANTIL HONDUREÑA.

----- CUADRO A -----

A1. EN SU OPINION, CUAL ES ESA CAUSA ?

diarrea	()	desnutricion	()
enfermedades infecciosas	()	neumonia	()
enfermedad gastrointestinal	()	deshidratacion	()
infeccion gastrointestinal	()	malaria	()
Otra _____	()		

A2. CUAN GRAVE ES EN SU OPINION LA INCIDENCIA DE DIARREA EN NUESTRA POBLACION ?. POR FAVOR CALIFIQUELA CON UNA ESCALA QUE VAYA DE EXTREMADAMENTE GRAVE A SIN IMPORTANCIA, PASANDO POR MUY GRAVE, NO TAN GRAVE, ETC.

extremadamente grave	()	muy grave	()
no tan grave	()	grave	()
no tiene importancia	()	otro _____	()

A3. APROXIMADAMENTE, CUANTOS CASOS DE DIARREA INFANTIL TRATO USTED DURANTE LA SEMANA ANTERIOR ?

-----casos

A4. CONFORME LA EXPERIENCIA DE SU PRACTICA PRIVADA, CUAL DIRIA USTED QUE ES LA ETIOLOGIA MAS FRECUENTE DE LA DIARREA ?

amebas	()	virus	()	bacterias	()	parásitos	()
intolerancia alimentaria	()	hipersensibilidad alimentaria	()				
otras _____	()						

----- pase a la pagina siguiente-----

B. COMUNIDAD MEDICA (MEDICAL COMMUNITY)

OBJETIVO GENERAL

- Obtener una comprensión del conocimiento, actitudes y prácticas de la clase médica hondureña, en relación al tratamiento de la diarrea, deshidratación y las opciones de medicinas o medicamentos prescritos, incluyendo las Sales de Rehidratación Oral.

- Recopilar la información necesaria para desarrollar un plan detallado y la estrategia general para lograr el respaldo de la comunidad médica y los farmacéuticos titulares, a las Sales de Rehidratación Oral que sean introducidas al Mercado como culminación de este proyecto.

OBJETIVOS DE LA MEDICION ENTRE MEDICOS

Determinar:

1. El número de casos de diarrea tratados durante el mes anterior.

2. Las causas principales del mal.

3. Las marcas y productos disponibles en Honduras.
4. Producto o tratamiento más utilizado.
5. Producto o tratamiento más recomendado por la clase médica.
6. Diferencia (de haberlas) entre las distintas opciones, en cuanto a la capacidad para curar o aliviar el mal, que se encuentra disponible en el mercado.
7. Conocimiento y actitud hacia los productos a base de Sales de Rehidratación Oral.
8. Rankéo de estos productos (SRO) entre las otras opciones.
9. Reacción emocional ante el concepto del nuevo producto.
10. Posibilidades de que el nuevo producto sea, prescrito por los médicos.

UNIVERSO BAJO ESTUDIO

Médicos pediatras y clínicas (medicina general)
sirviendo areas urbanas y rurales del país.

METODOLOGIA:

Se utilizó el Método de "Encuesta Cara a Cara" levantado en las clínicas privadas de los participantes, siguiendo un instrumento estructurado, diseñado específicamente para este propósito.

El documento original fue diseñado por Aragón & Asociados y modificado por el representante de la parte beneficiaria del proyecto.

LA MUESTRA:

La muestra pactada fue de 50 casos, pero se lograron 56 entrevistas útiles, 39 entre médicos clínicos o generales y 17 entre pediatras.

La selección de la muestra se basó principalmente en factores relacionados con ciertas características geográficas del país.

Las entrevistas fueron repartidas de la siguiente forma:

<u>CIUDAD O PUEBLO</u>	<u>DEPARTAMENTO</u>	<u>MEDICOS GENERALES</u>	<u>MEDICOS PEDIATRAS</u>	<u>TOTAL</u>
Tegucigalpa	Francisco Morazan	9	6	15
San Pedro Sula	Cortés	3	3	6
Juticalpa	Olancho	5	1	6
Ceiba	Atlántida	4	2	6
Yoro	Yoro	4	1	5
Siguatepeque	Comayagua	2	1	3
El Paraíso	El Paraíso	3	0	3
Comayagua	Comayagua	1	1	2
Santa Barbara	Santa Barbara	2	0	2
San Marcos	Choluteca	2	0	2
Choluteca	Choluteca	-	1	1
Santa Rosa	Copán	2	0	2
Danlí	Paraíso	-	1	1
Tela	Atlántida	1	-	1
El Progreso	Yoro	1	0	1

INSTRUMENTO

El instrumento que incluimos fue diseñado por Aragon y Assoc. y modificado parcialmente por el representante del MSP. (VER ANEXO B)

C. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL CONOCIMIENTO, USOS Y ACTITUDES
DEL CONSUMIDOR REAL Y POTENCIAL DE (ORS)

OBJETIVO GENERAL

- Obtener la información para orientar el desarrollo de una estrategia de comercialización y comunicación dirigida al consumidor final.

- Determinar el conocimiento actitudes y comportamientos o hábitos del consumidor, en relación con los medicamentos, medicinas categorías y marcas de productos destinados al tratamiento de la diarrea y la deshidratación.

- Lograr una base de información cualitativa, que nos permita analizar los comportamientos afectivos o emocionales en relación a las enfermedades antes señaladas y su forma de combatirlas, así como obtener una guía objetiva para el diseño del instrumento de cuantificación.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Determinar:

1. Que productos son clasificados como de 1ra. , 2da., y 3ra. necesidad y de lujo.

2. Hábitos de compra de algunas golosinas.
3. Productos de marcas y categorías concientes a tratar la diarrea y deshidratación.
4. Productos usados a tratar dolencias.
5. Razones a seleccionar la categoría del producto (usar, no usar, gustos y antipatías, etc.)
6. La conciencia de percepciones acerca de la marca del producto ORS. Diferentes orígenes de información.
7. Origen de Producto.
8. Barrera para producir pruebas y uso incluyendo la reacción potencial de la familia CBD.

UNIVERSO BAJO ESTUDIO

Hogares hondureños, localizados en zonas urbanas y rurales, en los cuales residen por lo menos un niño de menos de 5 años de edad, de los niveles socio-económicos bajos, que hubiesen consumido y que no hubiesen consumido Sales de Rehidratación Oral, en algún

episodio diarreico de un menor.

PARTICIPANTE IDONEO (Competent Respondent)

La madre, cabeza de familia o la persona mayor del nucleo encargado del cuidado de los menores.

METODOLOGIA

Se utilizó el método cualitativo-proyectivo de "Entrevistas de grupo Bola de Nieve" (Focus Groups or "Snow Ball Interviews").

El método consiste en reunir grupos homogéneos de 6 a 10 participantes los cuales son estimulados al diálogo por un moderador experimentado en esta técnica.

En este caso, la homogenidad de los grupos consistió en el nivel socio-económico, la presencia de menores en el nucleo familiar y que hubiesen consumido Sales de Rehidratación en la mitad de los grupos y no las hubiese consumido en la otra mitad.

La labor del moderador consistió en determinar si los invitados eran elegibles, detectar líderes au-

to democráticos, con el objeto de neutralizarlos o utilizarlos en los diálogos según fuera conveniente y conducir la sesión estimulando o controlando el diálogo de los participantes.

Las entrevistas fueron grabadas en cinta magnetofónica.

MUESTRA:

Se condujeron 6 sesiones de grupo, 2 en Tegucigalpa, 2 en San Pedro Sula y 2 en una zona rural llamada "Villas de San Francisco".

En cada localidad se entrevistó a un grupo de madres con experiencia en el consumo de Sales de Rehidratación Oral y otro que no había tenido experiencia con esta categoría de producto.

La Guía del Moderador (Brief) utilizado en esta fase de la medición, se incluye en la próxima sección.

51

HEALTH COMM-001-SALES DE REHIDRATACION ORAL
ACADED-MSP-HONDURAS
GUIA DEL MODERADOR PARA
FOCUS GROUPS

A. INTRODUCCION

Explicación de los objetivos de la reunión y procedimiento a seguir.

Presentación de participantes.

(Escriba los nombres de participantes en su orden como están sentados).

Ruptura del hielo.

(Crear Rapport con y entre el grupo).

B. TEMA DE INTRODUCCION Y AMBIENTACION

Por favor mencione usted algunos productos o artículos que usted clasificaría como:

- B.1 De primera necesidad (debemos consumirlos)
- B.2 De segunda necesidad (necesariamente consumidos)
- B.3 De tercera necesidad (es bueno consumirlos, pero no son imprescindibles).

(Frecuencia de consumo de Coca Cola, Minutas, Charamuscas, Topo Gigio, Pilon. Cuánto es consumido en una semana).

- B.4 Artículos de lujo (su utilización o consumo produce satisfacción, pero no un servicio imprescindible o que no pueda ser sustituido.)

Estos productos pueden ser alimentos, cosméticos, medicinas o algún otro producto. (Moderador profundice sobre productos no alimenticios y los beneficios esperados de su utilización o consumo).

C. (LA SALUD)

1. Hablemos un poco de salud en Honduras. Qué les ocurre al pensar en la salud?
2. Que enfermedades, males o perturbaciones con más frecuentes en nuestra población. En nuestra población infantil.
3. Cuáles de estas enfermedades males o perturbaciones son peligrosas; posibles causales de muerte en la población infantil.
4. En que orden de más a menos peligrosas colocan ustedes estas, enfermedades, dolencias o perturbaciones?
5. Cuán peligrosa es la diarrea. Porqué es peligrosa.
6. Conoce las causas y consecuencias de la deshidratación. Qué sucede cuando este se presenta? Cuáles son los síntomas?

D. TRATAMIENTO-MEDICAMENTOS

1. Por lo regular. Qué hacemos cuando se presenta la diarrea en algún niño de nuestra familia. En

61

un adulto, etc. (Probe). Es la diarrea lo suficientemente peligrosa como para consultar un médico.

Cuáles son los síntomas de la diarrea, etc.

2. Qué productos que combaten la diarrea hay en el mercado hondureño. Cuáles ha utilizado alguna vez. Qué resultados le dió?
3. Qué factores toma usted en consideración al seleccionar un producto o remedio para combatir la diarrea.

Preguntar lo mismo sobre la deshidratación.

E. CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE ORS SRO

1. Qué puede usted decirme de las (Sales de Rehidratación Oral". Probe. Conocía de su existencia. Porqué sirven?
 2. Ha utilizado alguna vez las Sales de Rehidratación Oral. Conoce a alguna familia que las haya consumido. Por experiencias propias o ajenas, que resultados dan estas Sales.
- 2.a Qué nombre tenían esas Sales.

3. En qué consisten estas Sales, como se consumen? Cuándo? Qué ingredientes tienen. Qué efectos ejercen en el paciente. Como actúan.
4. Qué ventajas tienen las Sales de Rehidratación Oral.
5. Cuáles son los principales defectos de estas Sales (Probe sobre "Dificultad en uso", "Disponibilidad" "Accesibilidad de los puntos de distribución", "desperdicio", "Sabor del producto", "tamaño del envase").

F. FUENTES DE INFORMACION

1. Cómo se ha enterado usted de la existencia en el mercado de productos medicinales?
2. Cómo se enteró de la existencia de las Sales de Rehidratación Oral?

G. PRE-REQUISITOS PARA LA PRUEBA Y ACEPTACION DEL PRODUCTO

1. Por lo regular estos productos se compran o se obtienen regalados mediante algún plan.
2. Recuerda usted algún programa social, privado o de gobierno, en el cual regalaban este tipo de producto. Cuál?

25

3. Cuénteme de alguna experiencia personal o de algún conocido, acaecido durante alguna visita a un punto de distribución de Sales de Rehidratación Oral.
4. Prueba de concepto. Reacción emocional.
5. Cierre. Regalos. Snacks. Etc.

D. ESTUDIO BASICO DE MERCADO Y PRUEBA DE PRODUCTO MONADICO

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Proporcionar la información necesaria para el desarrollo de la colocación del producto que esté de acuerdo con la experiencia del consumidor y fomentar la adopción del producto y actitud de recompra.

- Determinar el nivel y la naturaleza de la ejecutoria del producto (Satisfacción y no satisfacción), la mecánica del uso, los problemas relacionados al uso del producto y el entendimiento del factor de cumplimiento, el nivel de adopción potencial del producto y las razones para su adopción o no adopción.

OBJETIVOS DE INVESTIGACION

Determinar:

1. Incidencia de la enfermedad en los niños (cuando ocurrió la última vez, etc.)

2. Conocimiento de la seriedad del ataque de diarrea en lo que concierne a las posibles consecuencias en niños.

3. Qué hacer cuando ataca la enfermedad, a quién se acude, cuándo se toma en cuenta al médico.
4. Conocimiento de los distintos métodos para curar y aliviar la enfermedad (doméstico contra médico).
5. Cantidad de consumidores que utilizan los distintos métodos o productos médicos para curar o aliviar las enfermedades.
6. Conocimiento de ORS, en especial, como método para combatir la enfermedad.
7. Imagen de marca y comportamiento hacia Litrosol.
8. Reacción emocional al concepto del producto (qué se encontró de bueno/malo en el concepto del producto).
9. Percepciones del concepto del producto en comparación a los métodos reales y productos disponibles en el mercado.
10. Reacciones al concepto del producto después del período de prueba.
11. Comparación de la ejecutoria del producto con otros métodos y productos disponibles en el mercado. (efec-

h

tividad, conveniencia, período de recuperación del niño, otras sugerencias del interesado)

12. Intenciones de compra.

UNIVERSO BAJO ESTUDIO

Hogares con por lo menos un niño de 5 años o menor, y en el cual por lo menos uno haya sufrido de diarrea dentro de los 30 días anteriores a nuestra primera visita.

PARTICIPANTE IDONEO

El jefe femenino del hogar.

METODOLOGIA (Methodology)

El método utilizado fue el de "Encuesta Cara a Cara".

1. Levantado en los hogares de los participantes, siguiendo un instrumento estructurado a base preguntas abiertas y cerradas.
2. La condición de elegibilidad se basó en la presen-

cia de por lo menos un niño menor de 5 años dentro del nucleo familiar y que alguno de ellos hubiese sufrido un ataque diarreico de deshidratación durante los 30 días anteriores a la visita de nuestros entrevistadores.

3. Se condujo una "Prueba Monádica de Producto", mediante la entrega de muestras de Sales de Rehidratación Oral, de manufactura italiana, a las madres entrevistadas.
4. Las depositarias de las Sales deberían utilizarla en algún menor miembro del grupo familiar, entre el momento de la entrega y las re-visitas , de presentarse en cuadro diarreico o de deshidratación durante este lapso.

El producto SRO utilizado en la prueba fue manufacturado en Italia por Geymonat SUD SPA en Anagni.

Las fotocopias mostradas a continuación son facsímiles del producto utilizado en esta prueba.

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
DIPARTIMENTO PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

**ORAL REHYDRATION
SALTS**

FOR THE TREATMENT OF
DEHYDRATION DUE TO
DIARRHOEA

PREPARATION OF SOLUTION:
Dissolve entire contents of packet in one litre of clean
water.

DIRECTIONS FOR USE: To be taken orally.
Infants - one litre over a 24 hour period.
Children - one litre over an 8 to 24 hour period, according
to age.
Adults - drink freely as required.
Continue treatment until diarrhoea stops or as otherwise
instructed by a physician.

Each sachet contains:

Glucose anhydrous, BP	30.0 g
Sodium chloride, BP	3.5 g
Sodium bicarbonate, BP	2.5 g
Potassium chloride, BP	1.5 g

Net wt: 27.5 g
Storage: Keep in a cool place

**SELS
DE REHYDRATATION ORAL**

POUR LE TRAITEMENT D'ETATS DE
DESHYDRATATION LORS DE DIARRHEES

PREPARATION DE LA SOLUTION:
Dissoudre le contenu d'un sachet dans un litre
d'eau potable.

MODE D'EMPLOI: A prendre par voie orale.
Nourissons - un litre sur une période de 24 he-
ures.
Enfants - un litre sur une période de 8 à 24 he-
ures, selon l'âge.
Adultes - boire à volonté, selon besoin.
Continuer le traitement jusqu'à l'arrêt de la diar-
rhée ou selon l'avis du médecin.
Entreposage: Garder dans un endroit frais.

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
DIPARTIMENTO PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

**SALES
DE REHIDRATACION ORAL**

PARA EL TRATAMIENTO DE LA
DESHIDRATACION CAUSADA
POR LA DIARREA

PREPARACION DE LA SOLUCION:
Disolver el contenido del paquete en un litro de
agua potable.

MODO DE EMPLEO: Por via oral.
Niños lactantes - un litro durante un periodo de
24 horas.
Niños - un litro durante un periodo de 8 a 24 horas,
según la edad.
Adultos - beber a discrecion, según la necesidad.
Continuar el tratamiento hasta que la diarrea
haya terminado, o según las instrucciones del
medico.

Conservación: Guardese en un sitio fresco.

**SAIS
PARA A HIDRATAÇÃO ORAL**

O PRODUTO DESTINA-SE À PROMOVER
A RESTAURAÇÃO DAS PERDAS
HIDRO-SALINAS, NOS ESTADOS DE
DESIDRATAÇÃO DEVIDOS ÀS DIARRÉIAS

PREPARO DA SOLUÇÃO:
Dissolver o conteúdo total de um sachet em um litro
de água fervida.

MODO DE USAR: Administrar por via oral.
Lactentes - um litro de solução por dia.
Crianças na segunda e terceira infância - um litro de solu-
ção no período de 8 até 24 horas, de acordo com a idade.
Adultos - beber à vontade, conforme às necessidades.
Continuar o tratamento até a diarreia ser curada, ou a
acordo com as instruções de médico.

Armazenagem: Conservar em lugar fresco.

Manufactured by:
GEYMONAT SUD SPA
0301 - ANAGNI (FR) - ITALY

5. Se diseñaron tres instrumentos, uno "De colocación y Primera Entrevista", en el cual se recopiló la información básica y se clasificó al participante la relación a Litrosol, en términos de:
 - a. conoce-no ha usado Litrosol
 - b. conoce-ha usado y volvería a usar
 - c. conoce-ha usado y no volvería a usar
 - d. no conoce (no ha usado)

6. El segundo instrumento (lra. revista) establece si la madre utilizó o no utilizó el producto y porqué. Recopila la información de quienes si lo utilizaron.

El tercer instrumento se utilizó sólo entre quienes no tuvieron necesidad o voluntad de utilizar nuestro producto de prueba durante el lapso transcurrido entre la colocación y primera re-visita.

MUESTRA

La muestra pactada fue de 600 casos. Sin embargo, por una decisión de Aragon y Assoc. se realizaron 702 entrevistas en la primera fase de la encuesta.

La decisión antes aludida se tomó para compensar un sobre-muestreo realizado de forma inconsulta por la empresa que se encargó del trabajo de campo.

No se estableció cuotas de tipo alguno, sólo se condujo una fase de filtro o screening para la elección del participante.

Por lo tanto, todas las características demográficas de los participantes, así como su relación con el producto bajo estudio (consumidor, no consumidor, etc.) aparecen en el estudio en proporción a su disponibilidad dentro del universo.

PUNTOS DE MUESTREO:

Las zonas de trabajo, o "Puntos de Muestreo" fueron seleccionados utilizando un criterio o Juicio de Expertos, con el objeto de lograr la mejor representación posible del país, de acuerdo con los criterios del Ministerio de Salud Pública y de acuerdo con los representantes de ACADED y Aragón & Asociados.

Algunos de los puntos seleccionados resultaron con una población muy reducida o inaccesible por motivo de las lluvias y condiciones de los accesos.

En estos casos, se produjeron las correspondientes sustituciones, siguiendo las técnicas usuales de muestréo en investigación comercial y social.

Los pueblos y ciudades visitadas por nuestro personal de campo fueron:

GRUPO C I

Victoria
Unión
Yocón
Salamá

GRUPO C 2

Danlí
Tegucigalpa

GRUPO N 1

Gracias
Mejocote
El Refugio
Cataulaca
Las Flores

GRUPO N 2

San Pedro
Correderos
Pinalejo
Tripoli
San Francisco
La Masica

NOTA

Lo anterior es una descripción breve de los detalles de las mediciones realizadas.

Los reportes de cada medición, constarán de título, presentación breve, análisis en función al instrumento y conclusiones en función a los objetivos.

Se producirán 3 listados de cómputos en el caso de los estudios realizados a través de Encuesta Cara a Cara los cuales serán distribuidos así:

1. Ministerio de Salud Pública de la República de Honduras.
2. Academy for Educational Development.
3. Aragon y Assoc. (File Copy)

Todo el material de trabajo (Working Papers) se mantendrán en los archivos de Aragón y Assoc., por el término mínimo de 6 meses.

JOB: _____
 1 2 3 4
 CUEST: _____
 5 6 7 8

ESTUDIO DE USUARIOS DE SRD
 CUESTIONARIO DE INFORMACION BASICA Y COLOCACION

HOJA DE SELECCION

BUENOS DIAS/TARDES. SEÑORA, ME LLAMO _____
 Y TRABAJO CON UNA COMPANIA QUE ESTA HACIENDO UNA ENCUESTA PARA
 VER QUE HACEN LAS MADRES CUANDO SUS NIÑOS SE ENFERMAN.

81. TIENE USTED NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD VIVIENDO EN
 ESTA CASA?

C.9 si 1 siga no 2 despidase

82. ALGUNO DE SUS NIÑOS TUVO UNA DIARREA LEVE O COMPLICADA EL
 MES PASADO?

C.10 si 1 siga no 2 despidase

83. ALGUNO EN ESTA CASA TRABAJA EN OCUPACIONES QUE TENGAN QUE
 VER CON CURACIONES, CON MEDICINAS O CON LA SALUD DE LA
 GENTE?

C.11 no 1 siga si 2 despidase

EN DONDE TRABAJA ?

ministerio de salud pública	C.12
Junta nacional de bienestar social	1
instituto hondureño de seguridad social	2
en el centro de salud	3
partera	4
guardián	5
curandero	6
otros	7
_____	x
especifique	

84. PIENSA USTED CAMBIARSE DE CASA ANTES QUE TERMINE ESTE AÑO ?

c.13 si 1 no 2 despidase

PERFECTO SEÑORA, USTED ES LA CANDIDATA IDEAL PARA HACERLE ALGUNAS
 PREGUNTAS FACILES Y SENCILLAS. NO SE PREOCUPE POR SU RESPUESTA,
 AQUI NO HAY NI BUENO NI MALO, LO UNICO QUE INTERESA ES LO QUE
 USTED PIENSA. AL TERMINAR VAMOS A REGALARLE UNA MEDICINA Y LE
 VAMOS A EXPLICAR COMO SE USA.

1. COMO SE LLAMA EL MENOR DE SUS NIÑOS ? QUE EDAD TIENE ? Y
 EL QUE LE SIGUE, COMO SE LLAMA ? entrevistador: siga
 preguntando hasta que aparezcan niños con 5 años o más.
 Leale la lista de nombres y pregunte si hay otro menor de 5
 años.

primer nombre	edad		C.14
a. _____	años () meses ()		1
b. _____	años () meses ()		2
c. _____	años () meses ()		3
d. _____	años () meses ()		4
e. _____	años () meses ()		5

2. CUALES ENFERMEDADES SON LAS QUE MAS LE DAN A LOS NIÑOS ?

	C.15	C.15	C.16
diarrea	1	deshidratación	7
amigdalas	2	calentura	8
asma	3	dolor estómago	9
basca	4	gripe	0
bronquitis	5	vómito	x
lombrices	6	papearas	y
otras _____			x
		especifique	

3. CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES PUEDEN CAUSAR LA MUERTE DE LOS NIÑOS ?

	C.17		C.17		C.17
diarrea	1	deshidratación	4	bronquitis	7
mal de pecho	2	calentura	5	paperas	8
asma	3	sarampión	6	rubiola	9
otras	----- x				
	especifique				

4. CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES ES LA MAS PELIGROSA ?

	C.18		C.18		C.18
diarrea	1	deshidratación	4	bronquitis	7
mal de pecho	2	calentura	5	paperas	8
asma	3	sarampión	6	rubiola	9
otras	----- x				
	especifique				

5. POR QUE ES ----- LA MAS PELIGROSA DE LAS ENFERMEDADES ?

	C.19		C.19
se deshidratan	1	se debilitan	4
se mueren/mortal	2	pierden apetito	5
se desnutren	3	cuesta combatirla	6
otras	----- x		
	especifique		

6. ALGUNO DE SUS NIÑOS TIENE DIARREA AHORA ? QUIEN ? QUIENES DE SUS NIÑOS TUVIERON DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS ? CUANTAS VECES ? Y EN EL ULTIMO MES ? CUANTAS VECES ?
entrevistador: copie lista de nombres.

C.20		C.21	C.22	C.23	C.24
ahora	no si				
no	si	ultimas 2 semanas	veces	ultimo mes	veces
1	2	1	-----	1	-----
1	2	2	-----	2	-----
1	2	3	-----	3	-----
1	2	4	-----	4	-----
1	2	5	-----	5	-----

7. HACE USTED ALGO CUANDO SE DA CUENTA QUE SU NIÑO TIENE UNA DIARREA SENCILLA ?

C.25 no hace nada 1 pase a P.9 si 2

8. POR LO REGULAR QUE HACE USTED ?

	C.26		C.26
nada	1	le da terramicina	9
remedios caseros	2	le da té y hierbas	0
lo lleva al seguro	3		C.27
lo lleva al centro	4	le da medicinas	1
lo lleva al doctor	5	le da pastillas	2
agua canela/arroz	6	le da líquidos	3
le quita la leche	7	no sabe	4
le da litrosol	8		
otros	----- x		
	especifique		

9. SI AL DIA SIGUIENTE NO SE LE HA QUITADO LA DIARREA Y APARECEN OTRAS COMPLICACIONES, QUE HACE USTED ?

	C.28		C.28
nada	1	le quita la leche	7
remedios caseros	2	le da litrosol	8
lo lleva al seguro	3	le da medicinas	9
lo lleva al centro	4	le da pastillas	0
lo lleva al doctor	5	le da líquidos	x
le da terramicina	6	no sabe	y
otras	----- C.29		
	especifique		

10. SI DESPUES DE DOS DIAS NO SE LE HA QUITADO LA DIARREA APARECEN OTRAS COMPLICACIONES, QUE HACE USTED ?

	C.30		C.30
remedios caseros	1	le da terramicina	6
lo lleva al seguro	2	le da litrosol	7
lo lleva al centro	3	le da medicinas	8
lo lleva al doctor	4	le da líquidos	9
agua canela/arroz	5	le quita la leche	0
otros	----- x		
	especifique		

	C.44 1er. lugar	C.45 2do. lugar	C.46 3er. lugar
con la abuela del niño	1	1	1
con la partera	2	2	2
con el cuardian de salud	3	3	3
en la farmacia	4	4	4
con el dueño de la pulperia	5	5	5
con la enfermera	5	5	5
con el curandero	6	6	6
con el padre del niño	7	7	7
con la vecina	8	8	8
no sabe	9	9	9
no responde	0	0	0
otros	x	x	x
----- especifique			

8. QUE HACE USTED SI NO SE LE CURIARA LA DIARREA AL NIÑO ?

	C.47		C.47
lo lleva al doctor	1	le ca litrosol	6
lo lleva al seguro	2	le da medicinas	7
lo lleva al centro	3	lo lleva al hospital	8
lo interna	4	remedios caseros	9
sigue el mismo		no responde	0
tratamiento	5		
otros			
----- especifique			

19. QUE MEDICINAS CONOCE USTED QUE SEAN BUENAS PARA TRATAR LA DIARREA ?

Entrevistador: responda bajo C.48/49.

20. CUAL DE ESTAS MEDICINAS HA UTILIZADO ALGUNA VEZ ?

Entrevistador: responda bajo C.50/51.

21. CUAL HA USADO EN MAS DE UNA OCASION ?

Entrevistador: responda bajo C.52/53.

22. CUAL UTILIZO USTED LA ULTIMA VEZ QUE TUVO NECESIDAD DE ESTE TIPO DE MEDICAMENTO PARA LA DIARREA ?

Entrevistador: responda bajo C.54/55.

23. CUAL MEDICINA USARIA SI SU NIÑO TUVIERA UN ATAQUE DE DIARREA MAÑANA ?

Entrevistador: responda bajo C.56/57

	C. 48/49	C. 50/51	C. 52/53	C. 54/55	C. 56/57
	conoce	ha u- tili- zado	+ de una vez	la ultima vez	utilizaria mañana
terramicina	1	1	1	1	1
litrosol	2	2	2	2	2
dextrovina	3	3	3	3	3
suerolito	4	4	4	4	4
lytren	5	5	5	5	5
pedialyte	6	6	6	6	6
oralectril	7	7	7	7	7
sales de re- hidratación	8	8	8	8	8
sulfa bismuto	9	9	9	9	9
entero-guanil	0	0	0	0	0
entero-bioformo	x	x	x	x	x
wintomilón	y	y	y	y	y
agromicina	1	1	1	1	1
metronidasol	2	2	2	2	2
estomal	3	3	3	3	3
peptobismol	4	4	4	4	4
ninguna	5	5	5	5	5
no sabe	6	6	6	6	6
no responde	7	7	7	7	7
otros	x	x	x	x	x
----- especifique					

24. CUANTAS VECES HA USADO USTED ALGUNA DE ESTAS MEDICINAS EN LOS ULTIMOS DOS MESES

	C.58		C.58
1 vez	1	6 veces	6
2 veces	2	7 veces	7
3 veces	3	no la ha usado	8
4 veces	4	no responde	9
5 veces	5		
otras			
----- especifique			

25. DONDE CONSIGUE USTED SUS MEDICINAS ?

	C.59		C.59
en el materno infantil	1	las compra en la farmacia	4
en el centro de salud	2	las compra en la pulperia	5
en el seguro social	3	se la da el doctor	6
no sabe	4	no responde	7
otro			x
	----- especifique		

26. QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA USTED PARA IR A DONDE CONSIGUE LAS MEDICINAS ?

	C.60		C.60		C.60
a pie	1	a caballo	4	autobus	7
bicicleta	2	motocicleta	5	automovil	8
no sabe	3	taxi	6	carreta	9
otros					x
	----- especifique				

27. CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL LUGAR DONDE CONSIGUE SUS MEDICINAS CON EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE USTED NORMALMENTE UTILIZA ?

	(medio)	
	C.61	
- de 30 minutos	1	
30 a 59 minutos	2	
60 minutos	3	
1 a 1:5 horas	4	
1:5 a 2:0 horas	5	
2:0 a 2:5 horas	6	
2:5 a 3:0 horas	7	
3:0 a 3:5 horas	8	
3:0 a 4:0 horas	9	
4:0 a 7:0 horas	0	
otros		x
	----- especifique	
no recuerda		y

28. EN QUE MOMENTO DE LA ENFERMEDAD BUSCA USTED CONSEJO MEDICO ? O NO HACE USTED ESTO ?

	C.62	
no busca al medico	1	
cuando el niño está muy enfermo	2	
cuando no se le corta la diarrea	3	
desde el principio de la enfermedad	4	
cuando no tiene resultados con lo que la madre ha hecho	5	
otros	x	
	----- especifique	

29. COMO SABE USTED CUANDO UN NINO ESTA ENFERMO ?

	C.63/64	
está desganado (decaído)	1	
no quiere comer	2	
ensucia mal por el pupu	3	
duerme demasiado tiempo	4	
tiene calentura; fiebre	5	
tiene diarrea / con sangre / con liga	6	
llora mucho	7	
le da sed	8	
pierde peso	9	
no respira bien	0	
obra varias veces al dia	x	
no sabe	y	
	C.64	
otros	x	
	----- especifique	

30. HA OIDO HABLAR DE LA DESHIDRATACION ?

C.65 si 1 no 2 pase P.40

31. QUE RECUERDA HABER OIDO HABLAR SOBRE DESHIDRATACION ?

	C.66		C.66
mollera hundida	1	el niño se ve	
piel arrugada	2	desganado	7
labios y boca seca	3	no quiere comer	8
mucha diarrea	4	se desnutren	9
ojos hundidos	5	basca	0
mata a los niños	6	otros	x
	----- especifique		
	----- hay que darle litrosol		
	----- y		

32. CUALES SON LOS SINTOMAS DE UN NIÑO DESHIDRATADO ?

desganado	C.67	C.67
mollera hundida	1	8
llora sin lagrimas	2	9
no llora	3	0
piel arrugada	4	x
deigado	5	y
no sabe	6	C.68
otros	7	1

especifique		x

33. QUE HACE CUANDO EL NIÑO ESTA DESHIDRATADO ?

Entrevistador: responda bajo C.69/70

34. CUANDO UN NIÑO ESTA DESHIDRATADO CUAL DE LAS SIGUIENTES COSAS HACE USTED ?

entrevistador: lea lista y responda bajo las C.71/72

no hace nada	C.69/70	C.71/72
lo purga	1	espontánea
consulta a la partera	2	1
le da líquidos	3	2
le da litrosol	4	3
le da medicinas	5	4
le suspende la comida	6	5
lo lleva al médico particular	7	6
lo lleva al centro de salud / seguro social / hospital	8	7
va a la farmacia	9	8
lo manda a sobar	0	9
consulta a la familia	x	0
	y	x
	C.70	y
le da comida / alimento	1	C.72
no sabe	2	1
no responde	3	2
otros	x	3

especifique		x

35. QUE MEDICINAS QUE SEAN BUENAS PARA TRATAR LA DESHIDRATACION CONOCE USTED ?

Entrevistador: responda bajo C.73

36. HA USADO ALGUNA VEZ ?
Entrevistador: responda bajo C.74

37. HA USADO EN MAS DE UNA OCASION ?
Entrevistador: responda bajo C.75

38. HA USADO EN LOS DOS ULTIMOS MESES ?
Entrevistador: responda bajo C.76

39. USARIA MAHANA SI LA NECESITARA ?
Entrevistador: responda bajo C.77

	C.73	C.74	C.75	C.76	C.77
	conoce	ha usado	+ de 1	ulti-	usarla
		alguna	ocasión	mos 2	maña
		vez		meses	na
litrosol	1	1	1	1	1
dextrovina	2	2	2	2	2
dextrolito	3	3	3	3	3
lytren	4	4	4	4	4
pedialyte	5	5	5	5	5
oralectril	6	6	6	6	6
sales de rehi-					
dratación oral	7	7	7	7	7
sulfabismuto	8	8	8	8	8
ninguna	9	9	9	9	9
no sabe	0	0	0	0	0
otros	x	x	x	x	x

especifique					

Entrevistador: muestre foto

40. CONOCE ALGUNAS MEDICINAS DE ESTA FOTO ?

	C.78
litrosol	1
dextrolito	2
dextrovita	3
suerolito	4
lytren	5
pedialyte	6
oralectril	7
sales de rehidratación oral	8
oral rehidratación salts	9
ninguna	0
no responde	x

si mencionó litrosol pase a P.42
 si no mencionó litrosol siga.

41. CONOCE USTED LITROSOL ?

C.79 si 1 no 2 pase a "DESCRIPCION DE CONCEPTO"
 en Pag.26

42. LE HA DADO LITROSOL EN ALGUNA OPORTUNIDAD A SU NIÑO ?

C.14 si 1 no 2 pase a SERIE C en Pag.26

43. HA USADO USTED LITROSOL EN MAS DE UNA ALCABION ?

C.15 si 1 no 2

44. A CUANTOS DE SUS HIJOS LES HA DADO LITROSOL DURANTE EL
 ULTIMO MES ?

	C.16		C.16
a ninguno	1	a 4 o más	5
al único que tengo	2	no sabe	6
a 2 hijos	3	no responde	7
a 3 hijos	4		
otras respuestas			x
	----- especifique		

45. CUANTOS SOBRES DE LITROSOL LE DIO AL ULTIMO DE SUS NIÑOS QUE
 TRATO CON ESTA MEDICINA ?

	C.17		C.17
uno	1	cinco	5
dos	2	seis	6
tres	3	+ de seis	7
cuatro	4	no recuerda	8
otras respuestas			x
	----- especifique		

46. SI ALGUNO DE SUS HIJOS AMANECIERA CON DIARREA, LE DARIA
 LITROSOL OTRA VEZ O NO SE LO DARIA ?

C.18
 si 1 pase a SERIE B en la Pag.20
 no 2 pase a SERIE A

----- SERIE A -----

CONOCE Y HA UTILIZADO LITROSOL. NO LO UTILIZARA MAÑANA.

A1. QUE OPINION TIENE USTED DE LITROSOL (PROBE)

C.19

opinión positiva debil	1	palabras del entrevistado:
opinión positiva	2	-----
opinión positiva fuerte	3	-----
opinión negativa debile	4	-----
opinión negativa	5	-----
opinión negativa fuerte	6	----- C.20

A2. EN GENERAL COMO CALIFICA USTED A LITROSOL ? LO CALIFICARIA
 COMO :

C.21

muy bueno	1
bueno	2
regular	3
malo	4
muy malo	5

A3. QUE EFECTOS PRODUJO LITROSOL EN SU NIÑO

C.22

detuvo la diarrea	1
no detuvo la diarrea	2
el niño empezó a llorar	3
no empezó a llorar	4
se curó	5
se alivió	6
siguió igual	7

14. PORQUE NO VOLVIO USTED A USAR LITROSOL ? (PROFUNDICE)

C.23

- no le gusta a los niños 1 Palabras del entrevistado:
- les da basca 2 -----
- porque no cura 3 -----
- por falta de fe en el 4 -----
- producto 5 -----
- me recomendaron otro 6 -----
- encontré otro más 7 -----
- eficaz 8 -----
- por no tenerlo a la mano ----- C.24
- otros -----
- especifique -----

15. POR QUE NO LO USARIA MAHANA DE NECESITARLO ?

C.25

- no le gusta a los niños 1 Palabras del entrevistado:
- les da basca 2 -----
- porque no cura 3 -----
- por falta de fe en el 4 -----
- producto 5 -----
- me recomendaron otro 6 -----
- encontré otro más 7 -----
- eficaz 8 -----
- por no tenerlo a la mano ----- C.26
- otros -----
- especifique -----

16. QUISIERA AVERIGUAR UN POCO MAS SOBRE EL PRODUCTO LITROSOL, SOLO DIGAME SI LO QUE YO LE MENCIONE MERECE SER CALIFICADO DE BUEND, REGULAR O MALO.

COMO ES _____ DE LITROSOL, BUEND, REGULAR O MALO ?

		buend	regular	malo
el color	C.27	1	1	1
el sabor	C.28	2	2	2
la cantidad	C.29	3	3	3
la facilidad de preparación	C.30	4	4	4
como le "llegó" al niño	C.31	5	5	5

17. DIRIA USTED QUE ALGUNA O ALGUNAS COSAS DE LITROSOL NECESITAN SER CAMBIADAS ? CUALES ?

C.32

- el color 1
- el sabor 2
- su contenido (cantidad) 3
- efectividad 4
- rendimiento 5
- envase 6
- no debe cambiarse nada 7
- otros x
- especifique -----
- no responde y

Entrevistador: según las respuestas a la pregunta anterior, pregunte:

18. COMO PODRIA CAMBIARSE EL/SU _____ DE LITROSOL PARA QUE LE GUSTARA A MAS GENTE ? C.32

- color: ----- C.33
- sabor: ----- C.34
- efectividad: ----- C.35
- contenido: ----- C.36
- rendimiento: ----- C.37
- envase: ----- C.38

A9. EN QUE LUGAR (DONDE) LE HAN DADO A USTED LITROSOL ?

en el centro de salud	C.39
en el materno infantil	1
el guardián de salud	2
cesamo	3
cesar	4
la partera	5
el médico privado	6
el seguro social	7
no responde	8
no recuerda	9
otros	0
-----	x
especifique	

AHORA QUISIERA QUE ME DIGA QUE EXPERIENCIAS HA TENIDO CUANDO HA VISITADO LOS LUGARES DONDE LE DAN LITROSOL

A10. POR LO REGULAR QUE DISTANCIA RECORRE USTED PARA IR AL LUGAR DONDE DAN LITROSOL ? C.40 CUANTO TIEMPO LE TOMA LLEGAR ALLI ? C.41

- de 1 Km	C.40	1	- de 1 hora	C.41	1
1 a 3 Km		2	1 a 3 horas		2
4 a 6 Kms		3	4 a 6 horas		3
7 a 9 Kms		4	10 a 12 horas		4
10 a 12 Kms		5	13 a 15 horas		5
13 a 15 Kms		6	16 a 20 horas		6
16 a 20 Kms		7	21 o + horas		7
21 o + Kms		8	no sabe		8
no sabe		9	no responde		9
		0			0

ES ESTA DISTANCIA PARA USTED:

cerca	C.42	1
regular		2
normal		3
algo lejana		4
lejana		5

A11. COMO SE TRANSPORTA USTED DE SU CASA A DONDE DAN LITROSOL ?

auto	C.43	1	carreta	C.43	6
autobus		2	bicicleta		7
taxi		3	a caballo		8
motocicleta		4	no sabe		9
a pie		5	no responde		0
otros			-----		x
			especifique		

A12. EN QUE CONDICIONES ESTAN LOS CAMINOS ?

muy buenos	C.44	1
buenos		2
regulares		3
málos		4
muy malos		5

A.13 CUANTO CUESTA USTED QUE LE CUESTA HACER EL VIAJE A DONDE DAN LITROSOL ?

- de 1 Lempira	C.45	1
1 a 4 Lempiras		2
5 a 7 Lempiras		3
8 a 10 Lempiras		4
11 a 13 Lempiras		5
14 a 16 Lempiras		6
17 a 20 Lempiras		7
+ de 21 Lempiras		8
no sabe		9
no responde		0
otros		x

especifique		

A14. POR LO REGULAR COMO LO ATIENDEN CUANDO USTED LLEGA AL CENTRO

muy bien	C.46	1
bien		2
regular		3
mal		4
muy mal		5

A15. QUE SUCEDE CON LAS MEDICINAS ? POR LO REGULAR HAY ?

C.47 si 1 no 2

A16. LE DAN A USTED MEDICINA ?

C.49
 siempre 1
 algunas veces 2
 pocas veces 3
 nunca 4

A17. COMO ES LA CALIDAD DE LA MEDICINA QUE DAN EN LOS CENTROS ?

C.49
 excelentes, de primera clase 1
 buenas 2
 regulares 3
 malas 4
 pésimas, inaceptables 5

A18. ES CIERTO O FALSO QUE :

	cierto C.50	falso C.50
a. algunos centros de salud sólo atienden a las personas importantes ?	1	2
b. hay días que los centros de salud no atienden a los enfermos; se dedican al control de salud o a mujeres embarazadas	3	4
c. los centros de salud siempre dan de las mejores medicinas que tienen en el momento ?	5	6
d. los médicos de los centros de salud trabajan mañana y tarde ?	7	8
e. es muy frecuente que no haya medicinas en los centros de salud ?	9	0
f. hay que esperar mucho tiempo para ser atendidos en los centros de salud; aunque llevemos un niño muy enfermo?	x	y

Entrevistador: pase a "CONCEPTO" en Pag.26

----- SERIE B -----
 CONOCE, HA CONSUMIDO EN MAS DE UNA OPORTUNIDAD Y ESTARIA
 DISPUESTO A CONSUMIR MAÑANA LITROSOL.

B1. QUE OPINION TIENE USTED DE LITROSOL ? (PROBE.)

C.51
 opinión positiva debil 1
 opinión positiva 2
 opinión positiva fuerte 3
 opinión negativa debil 4
 opinión negativa 5
 opinión negativa fuerte 6
 palabras del entrevistador: _____

 _____ C.52

B2. EN GENERAL COMO CALIFICA USTED A LITROSOL ? LO CALIFICARIA COMO :

C.53
 muy bueno 1
 bueno 2
 regular 3
 malo 4
 muy malo 5

B3. QUE EFECTOS PRODUJO LITROSOL EN SU NIÑO ?

C.54
 detuvo la diarrea 1
 no detuvo la diarrea 2
 empezó a llorar 3
 no empezó a llorar 4
 se curó 5
 hubo alivio 6
 siguió igual 7

B.4 SEMORA QUE LE NOTO USTED AL NIÑO DESPUES QUE EMPEZO A USAR LITROSOL ? (PROBE.)

 ----- C.55

B.5 PARA QUE CREE USTED QUE SIRVE LITROSOL CUANDO SU HIJO SUFRE DE DIARREA ? (PROBE.)

 ----- C.56

B.6 QUE RESULTADO OBTUVO LA PRIMERA VEZ QUE USO LITROSOL ? LE LLEGO O NO LE LLEGO AL NIÑO ?

	C.57
le llegó	1
no le llegó	2

B.7 Y LA SEGUNDA VEZ LE LLEGO O NO LE LLEGO AL NIÑO ?

	C.58
le llegó	1
no le llegó	2

B8. POR QUE LO VOLVERIA A USAR MAÑANA ?

	C.59
porque es buena medicina	1
porque le ha llegado	2
porque quita la diarrea	3
para que no se desnutra	4
para que no se deshidrate	5
para combatir la diarrea	6
sólo ese he probado	7
no responde	8
otros _____	9
especifique	

B.9 HA USADO ALGUNA OTRA MEDICINA O PRODUCTO MIENTRAS USABA LITROSOL ? CUAL ?

	C.60		
si ha usado	1		
no ha usado	2	productos: _____	C.61

B10. QUISIERA AVERIGUAR UN POCO MAS SOBRE EL PRODUCTO LITROSOL. SOLO DIGAME SI LO QUE YO LE MENCIONE MERECE SER CALIFICADO DE BUENO, REGULAR O MALO:

COMO ES _____ DE LITROSOL; BUENO, REGULAR O MALO
 característica

		bueno	regular	malo
el color	C.67	1	2	3
el sabor	C.68	1	2	3
la cantidad	C.69	1	2	3
la facilidad de preparación	C.70	1	2	3
como le "llegó" al niño	C.71	1	2	3

B11. DIRIA USTED QUE ALGUNA O ALGUNAS COSAS DE LITROSOL NECESITAN SER CAMBIADAS ? CUALES ?

	C.67
el color	1
el sabor	2
su contenido (cantidad)	3
efectividad	4
rendimiento	5
envase	6
nada debe cambiarse	7
no responde	Y
otros _____	X
especifique	

Entrevistador: según las respuestas a la pregunta anterior pregunte:

B12. COMO PODRIA CAMBIARSE EL/SU _____ DE LITROSOL PARA QUE LE GUSTARA A MAS GENTE ?
 característica

color: _____ C.68

sabor: _____ C.69

efectividad: _____ C.70

resultados: _____ C.71

contenido: _____ C.72

rendimiento: _____ C.73

envase: _____ C.74

B13. EN QUE LUGAR (DONDE) LE HAN DADO A USTED LITROSOL ?

	C. 75
en el centro de salud	1
en el materno infantil	2
el guardián de salud	3
Cesamo	4
Cesar	5
la partera	6
el médico privado	7
el seguro social	8
no sabe	9
no responde	0
otros	x
----- especifique	

B14. AHORA QUISIERA QUE ME DIGA COMO LE HA IDO CUANDO HA TENIDO QUE VISITAR LOS LUGARES DONDE DAN LITROSOL :

B15. POR LO REGULAR QUE DISTANCIA RECORRE USTED PARA IR AL LUGAR DONDE DAN LITROSOL ? (C.76) CUANTO TIEMPO LE TOMA LLEGAR ALLI ? (C.77)

	C. 76		C. 77
- de 1 Km	1	- de 1 hora	1
1 a 3 Km	2	1 a 3 horas	2
4 a 6 Kms	3	4 a 6 horas	3
7 a 9 Kms	4	7 a 9 horas	4
10 a 12 Kms	5	10 a 12 horas	5
13 a 15 Kms	6	13 a 15 horas	6
16 a 20 Kms	7	16 a 20 horas	7
21 o + Kms	8	21 o + horas	8
no sabe	9	no responde	9
	0		0

ES ESTA DISTANCIA PARA USTED:

	C. 78
cerca	1
regular	2
normal	3
algo lejana	4
lejana	5

B16. COMO SE TRANSPORTA USTED DE SU CASA A DONDE DAN LITROSOL ?

	C. 79		C. 79
auto	1	carreta	6
autobus	2	bicicleta	7
taxi	3	a caballo	8
motocicleta	4	no sabe	9
a pie	5	no responde	y
otros	x		x
----- especifique			

B17. EN QUE CONDICIONES ESTAN LOS CAMINOS ?

	C. 14
muy buenos	1
buenos	2
regulares	3
malos	4
muy malos	5

B18. CUANTO DIRIA USTED QUE LE CUESTA HACER EL VIAJE A DONDE DAN LITROSOL ?

	C. 15
- de 1 Lempira	1
1 a 4 Lempiras	2
5 a 7 Lempiras	3
8 a 10 Lempiras	4
11 a 13 Lempiras	5
14 a 16 Lempiras	6
17 a 20 Lempiras	7
+ de 21 Lempiras	8
no sabe	9
no responde	0
otros	y
	x
----- especifique	

B19. POR LO REGULAR COMO LO ATIENDEN CUANDO USTED LLEGA AL CENTRO

	C. 16
muy bien	1
bien	2
regular	3
mal	4
muy mal	5

B20. QUE SUCEDE CON LAS MEDICINAS ? POR LO REGULAR HAY ?

C. 17 si	1	no	2
----------	---	----	---

21. LE DAN A USTED MEDICINA ?

C.18

siempre	1
algunas veces	2
pocas veces	3
nunca	4

22. COMO ES LA CALIDAD DE LA MEDICINA QUE DAN EN LOS CENTROS ?

C.19

excelentes, de primera clase	1
buenas	2
regulares	3
malas	4
pésimas, inaceptables	5

23. ES CIERTO O FALSO QUE :

	cierto	falso
	C.20	C.20

a. algunos centros de salud sólo atienden a las personas importantes ?	1	2
b. hay días que los centros de salud no atienden a los enfermos; se dedican al control de salud o a mujeres embarazadas	3	4
c. los centros de salud siempre dan de las mejores medicinas que tienen en el momento ?	5	6
d. los médicos de los centros de salud trabajan mañana y tarde ?	7	8
e. es muy frecuente que no haya medicinas en los centros de salud ?	9	0
f. hay que esperar mucho tiempo para ser atendidos en los centros de salud; aunque llevemos un niño muy enfermo ?	x	y

Entrevistador: pase a "CONCEPTO" en Pag.26

SÉRIE C
CONOCE Y NO HA USADO LITROSOL

C1. QUE OPINION TIENE USTED DE LITROSOL ?

C.21

opinión positiva fuerte	1	palabras del entrevistador:
opinión positiva	2	_____
opinión positiva debil	3	_____
opinión negativa fuerte	4	_____
opinión negativa	5	_____
opinión negativa debil	6	_____

C.22

C2. PORQUE NO HA UTILIZADO LITROSOL ?

C.23

no ha tenido diarrea fuerte	1
el médico no se lo ha recomendado	2
no sabe donde conseguir el producto	3
no ha sido necesario	4
utiliza otros medicamentos	5
prefiere remedios caseros	6
no sabe	7
no responde	y
otros _____	x

especifique

Entrevistador: siga con el concepto.

CONCEPTO DE PRODUCTO
ESTE ES UN NUEVO PRODUCTO PARA COMBATIR LA DIARREA O LA DESHIDRATACION QUE VIENE DE LA DIARREA. ES MUY PARECIDO AL LITROSOL Y TAMBIEN LO VAN A VENDER EN LAS PULPERIAS

BE4. CON EL MEDIO DE TRANSPORTE NORMAL, EL QUE USA SIEMPRE, CUANTO TIEMPO LE TUMA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL A DONDE USTED VA MAS SEGUIDO ?

C. 30

-	de	15	minutos	1
16	a	30	minutos	2
31	a	60	minutos	3
		1	hora	4
1	a	1:5	horas	5
1:5	a	2:0	horas	6
2:0	a	2:5	horas	7
2:5	a	3:0	horas	8
3:0	a	4:0	horas	9
5:0	a	6:0	horas	0
+	de	6:0	horas	x

BE5. HAY COSAS QUE AUNQUE NO QUIERA NO PUEDE DEJAR DE COMPRARLAS, POR ESO LAS LLAMAN PRODUCTOS DE PRIMERA NECESIDAD. PUEDE DECIRME CUALES SON PARA USTEDS EN SU CASA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS MAS NECESARIOS PARA VIVIR ?

	C. 31		C. 32
alimentos (genérico)	1	transporte	1
frijol	2	calzado	2
arroz	3	recreación	3
tortillas	4	leche	4
huevos	5	refrescos embotellados	5
maiz	6	golosinas	6
carne	7	medicinas	7
agua	8	servicios médicos	8
ropa	9	jabón	9
vivienda	0	jabón de lavar	0
luz	x	no responde	y
educación	y		
otros			x
	especifique		

BE6. CUANTAS VECES POR SEMANA CONSUME SU FAMILIA LOS SIGUIENTES PRODUCTOS ?

carne:_____	C. 33	leche:_____	C. 36	jabón:_____	C. 39
cerveza:_____	C. 34	refrescos:_____	C. 37	medicinas:_____	C. 40
cigarros:_____	C. 35	golosinas:_____	C. 38		

BE7. APROXIMADAMENTE CUANTO GASTA A LA SEMANA EN LOS SIGUIENTES ARTICULOS ?

carne:_____	C. 41	leche:_____	C. 44	jabón:_____	C. 47
cerveza:_____	C. 42	refrescos:_____	C. 45	medicinas:_____	C. 48
cigarros:_____	C. 43	golosinas:_____	C. 46		

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____

NOMBRE DE LA POBLACION DONDE SE HIZO LA ENTREVISTA: _____

DIRECCION: _____

FECHA: _____ DE SEPTIEMBRE DE 1986.

AREA: C. 49 URBANO 1 URBANO RURAL 2 RURAL 3

EDUCACION:

C. 50 sabe leer si 1 no 2
 C. 51 escribir si 1 no 2
 pase a ocupación principal.

hasta que grado llegó:

primaria	1	secundaria	1	C. 52
"	2	"	2	1
"	3	"	3	2
"	4	"	4	3
"	5	"	5	4
"	6	"	6	5
				6

Ocupacion actual:

tiene algún empleo además de los oficios de la casa?
 C. 53 no 1 si 2 cuál: _____ C. 54

EDAD:

-	de	20 años	C. 55
			1
entre	21 y	25 años	2
entre	26 y	30 años	3
entre	31 y	40 años	4
+	de	40 años	5

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

TECHO:

	C. 56
lámina zinc	1
manaca	2
teja	3
cartón	4
asbesto	5
concreto	6
otro _____	x
especifique	

PISO:

	C. 56
tierra	1
torta de cemento	2
madera	3
ladrillo barro	4
ladrillo cemento	5
otros _____	x
especifique	

PAREDES:

	C. 57
palos	1
madera	2
adobe	3
ladrillo	4
concreto	5
embutido de tierra	6
otros _____	x
especifique	

COMBUSTIBLE COCINA:

	C. 58
electricidad	1
propano	2
kerosina/gas	3
carbón	4
leña	5
otros _____	x
especifique	

OTROS:

	C. 60
radio	1
televisión	2
electricidad	3
agua corriente	4
refrigerador	5
otros _____	x
especifique	

CERTIFICACIÓN: Yo, _____ certifico que el contenido de este formulario responde cabalmente a las respuestas ofrecidas por el participante, que cualquier alteración de mi parte en cuanto a la forma de entrevista y o selección del interrogado, redundará en perjuicio hacia la empresa contratante y será motivo suficiente para que mi trabajo sea anulado y no tendré derecho a cobro alguno.

ESTUDIO DE USUARIOS DE S R O
CUESTIONARIO PARA LA SEGUNDA VISITA

DATOS TOMADOS DE LA PRIMERA VISITA

NOMBRE _____

DIRECCION _____

Tegucigalpa	1	Mejocote	6	La madre:	
San Pedro Sula	2	San Juan	7	sabe leer	1
Danli	3	Victoria	8	no sabe leer	2
Gracias	4	Yocòn	9	años de escolaridad:	
Correderos	5	Tripoli	10	1 2 3 4 5 6 +de 6	
Otro					

Nombre de los niños	Edad	Presencia de		Diarrea		Completo:	
		en colocaciòn	ahora	si	no	Serie A	
-----	----	1	2	1	2	Serie B	1
-----	----	1	2	1	2	Serie C	2
-----	----	1	2	1	2	Ninguna	3
-----	----	1	2	1	2	Serie	4
-----	----	1	2	1	2		

Fecha de la primera visita: __ de Noviembre No. del Cuest. _____

Nombre del entrevistador: _____

SEGUNDA VISITA RESUMEN DE DATOS

Entrevistador:
Al finalizar la entrevista llene esta parte con los datos registrado en el cuestionario y por observaciòn Tambien llene la parte de "niños con diarrea ahora" en el cuadro de mas arriba.

Montañosa	1	10 minutos o menos de POP's	1	No. de miembros	
Costanera	2	Mas de 10 minutos se POP's	2	en la familia	
Campo Abierto	3				
				3	2
				Nivel SE	3
Han usado el medicamento (SRO)	1		2	1	4
No han usado el medicamento (SRO)	2		C	1	5
Fecha: ____ de Noviembre de 1986			D	2	6 a 8
			E	3	9 a 11
					12 o +
					7

Nombre del entrevistador: _____

La entrevista no se realizo por ausencia de la Señora.

La casa estaba cerrada () Va a tardar mas de 3 sem en regresar ()
 Ya no vive alli () No esta pero regresa antes de 3 sem ()

Introduccion: BUENOS D/T/N. SEÑORA, ME LLAMO _____
 Y TRABAJO CON LA EMPRESA QUE HACE DOS SEMANAS LE DEJO MEDICINA PARA
 DARLE A SUS NIÑOS EN CASO DE QUE LES DIERA DIARREA.
 HABIAMOS QUEDADO EN REGRESAR PARA QUE UD. NOS DIJERA COMO RESULTO EL
 PRODUCTO ... (Ent. haga las primeras preguntas de inmediato).

1. ALGUNO DE SUS NIÑOS TIENE DIARREA AHORA ? QUIEN ?. QUIENES DE SUS
 NIÑOS HAN TENIDO DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, DESDE QUE
 VENIMOS LA VEZ PASADA ?

ahora		nombre	ultimas dos semanas	
no	si		no	si
1	2	-----	1	2
1	2	-----	1	2
1	2	-----	1	2

2. USO LA MEDICINA QUE SE LE ENTREGO EN ALGUNO DE SUS NIÑOS ?

1 SI pase a P3
 2 NO siga a P2a

2a. POR QUE NO LA USO ?

		palabras del entrevistado
No se enfermó ningún niño/no tuve necesidad	1	-----
se enfermó algún niño pero: Olvide que tenia su producto	2	-----
Tuve temor de usar algo desconocido	3	-----
Utilicé el medicamento de siempre	4	-----
Llevé al niño al Centro de Salud	5	-----
Usé otra medicina que me dieron	6	-----

Entrevistador: anuncie que va a regresar dentro de tres semanas para
 ver si ya usó la medicina y despídase.

3. CUANTOS SOBRES USO EN EL NIÑO QUE SE ENFERMO ?

----- sobres

4. COMO SE LLAMA EL NIÑO AL QUE LE DIO LA MEDICINA ?. APROXIMADAMENTE
 CUANTO PESA(N) EL (LOS) NIÑOS AHORA ? (Ent. refiérase a la hoja de
 selección y obtenga la información de acuerdo con el nombre del (de
 los) enfermo (s).

Nombre	Edad		Sexo		peso (lbs)
	años	mes	M	F	
-----	1	2	1	2	-----
-----	1	2	1	2	-----
-----	1	2	1	2	-----

5. UTILIZO LA MEDICINA OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA ? QUIEN ?

- No ninguno 1
- Padre 2
- Madre 3
- Hijo mayor 4
- Otros ----- X

6. APROXIMADAMENTE, CUANTO TIEMPO HACE QUE SE ENFERMO EL (LOS) NIÑO ?

----- Hace aproximadamente entre ----- y ----- dias.
 nombre del niño

----- Hace aproximadamente entre ----- y ----- dias.
 nombre del niño

No recuerda ()

7. CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL PRIMER ASIENTO QUE TUVO EL NIÑO Y EL DIA QUE USTED LE DIO LA MEDICINA QUE LE ENTREGAMOS ?

- De inmediato, el mismo dia 1
- 1 dia despues del 1er. asiento 2
- 2 dia despues del 1er. asiento 3
- 3 dia despues del 1er. asiento 4
- 4 dia despues del 1er. asiento 5
- 5 dia despues del 1er. asiento 6
- Cuando observè sintomas de deshidratación 7
- Otros ----- X

(especifique)

Ent. si tiene dudas de este código. Escriba las palabras textuales del entrevistado.

8. VIO USTED ALGO EN EL NIÑO QUE LE HICIERA PENSAR QUE PODIA ESTAR TENIENDO DESHIDRATACION ? Entrevistador: Profundice.

no 1 pase a PB

si 2 A LOS CUANTOS DIAS QUE SE INICIO LA DIARREA, SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO PODIA ESTAR TENIENDO DESHIDRATACION ?

a los ----- dias QUE FUE LO QUE NOTO ? Y AL DIA SIGUIENTE, QUE NOTO ? Y AL TERCER DIA, QUE FUE LO QUE NOTO ?

	El 1er dia	El 2do dia	El 3er dia
Desgano	1	1	1
Decaimiento	2	2	2
Llanto (seco) sin lágrimas	3	3	3
Boca seca	4	4	4
Mucha sed	5	5	5
Poca orina	6	6	6
Ojos hundidos	7	7	7
Mollera hundida	8	8	8
Pliegues en la piel	9	9	9
Calentura	10	10	10
Se estaba poniendo delgado	11	11	11
No sintoma de deshidratación	12	12	12
Otros -----	13	13	13

(especifique)

92

9. CUANTOS DIAS EN TOTAL FUE TUVO EL (LOS) NIÑO (S) ENFERMO ?

Nombre: _____ estuvo enfermo _____ dias

Nombre: _____ estuvo enfermo _____ dias

10. EN CUANTO A LA DIARREA, QUE NOTO AL DARLE LA MEDICINA ?

Le volvió el apetito	1	Se le quitó el decaimiento	5
No se deshidrató	2	Se le endureció el pupu	6
Le llegó	3	Se le cortó la diarrea	7
Se mejoró	4	Se le quitó la sed	8
Otro _____			9

11. LE LLEGO O NO LE LLEGO LA MEDICINA AL NIÑO ?

Le llegó 1
No le llegó 2

12. PORQUE PIENSA USTED QUE "LE LLEGO" (QUE "NO LE LLEGO") LA MEDICINA ?
QUE LE HACE PENSAR ASI ? Ent. profundice.

13. EN CUANTO TIEMPO DESPUES DE TOMAR LA MEDICINA NOTO USTED MEJORIA ?

----- dias 1
horas 2

14. EN CUANTO TIEMPO DESPUES DE TOMAR LA MEDICINA SE RECUPERO TOTALMENTE EL NIÑO ?

----- dias 1
horas 2

15. QUE OTROS REMEDIOS CASEROS O MEDICINALES, LE DIO AL NIÑO PARA LA MISMA ENFERMEDAD MIENTRAS USABA LA MEDICINA QUE LE DEJAMOS ?

Entrevistador: anote la respuesta en la columna A de abajo.

16. DE NO HABER TENIDO LA MEDICINA QUE LE DEJAMOS, CUAL LE HUBIERA DADO AL NIÑO ESA VEZ ? Ent. anote la respuesta en B

	A	B		A	B
Terramicina	1	1	Entero-Guanil	11	11
Litrosol	2	2	Entero-Bioformo	12	12
Estomal	3	3	Wintomilon	13	13
Dextrovita	4	4	Acromicina	14	14
Suerolito	5	5	Metronidasol	15	15
Lytren	6	6	Peptobismol	16	16
Pedialyte	7	7	Ninguna	17	17
Orallectril	8	8	No sabe/ No responde	0	0
Sales de Rehid	10	10	Otros (especifique)	9	9

17. AHORA PENSEMOS EN EL REMEDIO QUE LE DEJAMOS Y QUE USTED YA USO EN SU NIÑO. QUE ES LO MEJOR QUE USTED ENCONTRO EN LA MEDICINA QUE LE DIMOS ? Entrevistador: profundice.

18. HAY ALGO QUE USTED CAMBIARIA EN ESTA MEDICINA ? Entrevistador: profundice

color	1	palabras textuales entrevistado:
sabor	2	-----
tamaño	3	-----
forma prep.	4	-----

19. QUE ENCONTRO USTED DE MALO EN ESTA MEDICINA ? Entrevistador: profundice

color	1	palabras textuales entrevistado:
sabor	2	-----
tamaño	3	-----
forma prep.	4	-----

20. AHORA QUIERO PEDIRLE QUE CON TODA SINCERIDAD ME DIGA QUE PIENSA USTED DE ALGUNAS COSAS DE LA MEDICINA CONFORME YO SE LAS VAYA MENCIONANDO. DIGAME SI ES MUY BUENA, BUENA, REGULAR, MALA O MUY MALA. POR EJEMPLO, COMO DIRIA USTED QUE ES _____
Ent. asegurese de obtener una respuesta muy honesta.

LA RAPIDEZ CON QUE LE LLEGA EL PRODUCTO AL NIÑO	LA FORMA DE DAR EL PRODUCTO AL NIÑO	LA ACEPTACION DEL PRODUCTO POR PARTE DEL NIÑO	LA FORMA DE PREPARARLE EL PRODUCTO AL NIÑO
muy buena	1	1	1
buena	2	2	2
regular	3	3	3
mala	4	4	4
muy mala	5	5	5

21. LA ULTIMA VEZ QUE USTED PREPARO LA MEDICINA CON UNO DE LOS SOBRES, HIZO UN LITRO. ESA VEZ, SE LO DIO TODO AL NIÑO O LE SOBRO ALGO ?

se lo dió todo	1	pase a P23
le sobró algo	2	siga

22. QUE HIZO CON LO QUE LE SOBRO ? (Ent: profundice)

23. EN GENERAL, COMO COMPARA USTED LA MEDICINA QUE PROBO CON OTRAS QUE HA USADO ANTES. ES IGUAL (1), MEJOR (2) O PEOR (3) ?

24. HAY ALGUNAS PERSONAS QUE NOS RECOMIENDAN HACER CAMBIOS EN LA MEDICINA Y OTRAS NO. QUEREMOS SABER SI USTED CREE QUE ESTOS CAMBIOS SON NECESARIOS O NO SON NECESARIOS.

Entrevistador: pregunte uno por uno sobre los cambios de la lista de abajo:

	si	no
QUE LE CAMBIEN EL COLOR	1	2
QUE LO HAGAN MAS DULCE	1	2
QUE VENGA YA PREPARADO	1	2
QUE VENGA EN CANTIDADES MAS PEQUEÑAS PARA CADA TOMA	1	2
QUE TENGA SABOR A FRUTA	1	2

25. DURANTE NUESTRA PRIMERA VISITA, LE EXPLICAMOS COMO ERA Y QUE PODIA HACER POR SU HIJO EL PRODUCTO QUE LE DEJAMOS. PARA AYUDARLE A RECORDAR, SE LO VAMOS A REPETIR:

ESTE ES UN NUEVO PRODUCTO PARA COMBATIR LA DIARREA O LA DESHIDRATACION QUE VIENE DE LA DIARREA. ES MUY PARECIDO AL LITROSOL Y TAMBIEN LO VAN A VENDER LAS PULFERIAS.

26. AHORA, DESPUES DE HABER PROBADO LA MEDICINA, QUE PARECIDO PIENSA USTED QUE HAY ENTRE LO QUE YO LE DIJE Y LO QUE LA MEDICINA HIZO EN SUS NIÑOS. HAY MUCHO PARECIDO, POCO PARECIDO, O NO SE PARECE EN NADA

Producto y descripción son exactos	1
Se parecen mucho	2
Se parecen poco	3
No se parecen en nada	4
El producto combate la diarrea	5

27. QUE LE HACE PENSAR ASI ? -----

28. LA MEDICINA QUE USTED PROBO SERA PUESTA A LA VENTA EN LAS PULFERIAS A UN PRECIO BAJO EL SOBRECITO. CUANDO ESTE PRODUCTO ESTE A LA VENTA, LO COMPRARIA USTED SI UN NIÑO SE LE VUELVE A ENFERMAR ?

Lo compraria	1
No lo compraria	2

SEÑORA, ESTAMOS MUY INTERESADOS EN CONOCER COMO LE FUE A SU NIÑO CON EL TRATAMIENTO QUE LE DIO CON EL PRODUCTO QUE LE DEJAMOS LA VEZ PASADA. VOLVEREMOS -----, DENTRO DE TRES SEMANAS PARA VER SI LO HA USADO OTRA VEZ Y QUE RESULTADOS HA TENIDO. LE AGRADECERIAMOS MUCHO SI USTED NOS PUDIERA ESPERAR ESE DIA. AHORA, ANTES DE TERMINAR, SOLO QUEREMOS HACERLE UNAS PREGUNTAS QUE NOS SERVIRAN PARA CLASIFICACION.

ESTUDIO DE USUARIOS DE S R O
CUESTIONARIO PARA LA TERCERA VISITA

DATOS TOMADOS DE LA SEGUNDA VISITA

NOMBRE _____

DIRECCION _____

Tegucigalpa 1	Mejocote 6	La Masica 11	Pinalnjo 16
San Pedro S 2	Cataulaca 7	S Francisco 12	Salamá 17
Danli 3	Victoria 8	Las Flores 13	Otro _____
Gracias 4	Yocón 9	El Refugio 14	_____ 18
Correderos 5	Tripoli 10	La Unión 15	_____ 18

Nombre de los niños	Edad	Presencia de Diarrea en 2a visita		La madre sabe leer		años de escolaridad:
		si	no	sabe leer	no sabe leer	
_____	_____	1	2	1	2	1 2 3 4 5 6 + de 6
_____	_____	1	2	1	2	
_____	_____	1	2	1	2	
_____	_____	1	2	1	2	
_____	_____	1	2	1	2	

- En la 2a. visita, la entrevista:
- a) No se realizó porque la señora no estaba. ()
 - b) Se contacto a la señora pero no habia usado el producto ()
 - c) Se hizo la entrevista completa ()

Fecha de la segunda visita: ___ de Noviembre No. del Cuest. _____

Nombre del entrevistador 2a v. _____

TERCERA VISITA

La entrevista de la tercera visita no se realizo porque:

- La casa estaba cerrada ()
- La señora no estaba ()
- Se habia cambiado de casa ()
- otro ()

Nombre del entrevistador 3a v. _____

7. CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL PRIMER ASIEN TO QUE TUVO EL NIÑO Y EL DIA QUE USTED LE DIO LA MEDICINA QUE LE ENTREGAMOS ?

De inmediato, el mismo día	1	(Entrevistador: si tiene respuestas distintas escriba las palabras textuales del entrevistado)
1 día después del 1er. asiento	2	
2 días después del 1er. asiento	3	
3 días después del 1er. asiento	4	
4 días después del 1er. asiento	5	
5 días después del 1er. asiento	6	
Cuando observé síntomas de deshidratación	7	
Otros -----	9	
(especifique)		

8. VIO USTED ALGO EN EL NIÑO QUE LE HICIERA PENSAR QUE PODIA ESTAR TENIENDO DESHIDRATACION ? Entrevistador: Profundice.

no 1 pase a P9

si 2 A LOS CUANTOS DIAS QUE SE INICIO LA DIARREA, SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO PODIA ESTAR TENIENDO DESHIDRATACION ? a los _____ días. QUE FUE LO QUE NOTO ? Y AL DIA SIGUIENTE, QUE NOTO ? Y AL TERCER DIA, QUE FUE LO QUE NOTO ?

	El 1er día	El 2do día	El 3er día
Desgano	1	1	1
Decaimiento	2	2	2
Llanto (seco) sin lágrimas	3	3	3
Boca seca	4	4	4
Mucha sed	5	5	5
Poca orina	6	6	6
Ojos hundidos	7	7	7
Mollera hundida	8	8	8
Pliegues en la piel	10	10	10
Calentura	11	11	11
Se estaba poniendo delgado	12	12	12
No sintoma de deshidratación	13	13	13
Otros -----	9	9	9
(especifique)			

9. CUANTOS DIAS EN TOTAL ESTUVO EL (LOS) NIÑO (S) ENFERMO(S) ?

Nombre: ----- estuvo enfermo ----- días

Nombre: ----- estuvo enfermo ----- días

10. EN CUANTO A LA DIARREA, QUE NOTO AL DARLE LA MEDICINA ?

Le volvió el apetito	1	Se le quitó el decaimiento	5
No se deshidrato	2	Se le endureció el pupu	6
Le llegó	3	Se le cortó la diarrea	7
Se mejoró	4	Se le quitó la sed	8
Otro -----			9

11. LE LLEGO O NO LE LLEGO LA MEDICINA AL NIÑO ?

Le llegó 1

No le llegó 2

99'

12. PORQUE PIENSA USTED QUE "LE LLEGO" (QUE "NO LE LLEGO") LA MEDICINA ? QUE LE HACE PENSAR ASI ? (Entrevistador: profundice).

13. EN CUANTO TIEMPO DESPUES DE TOMAR LA MEDICINA NOTO USTED MEJORIA ?

----- días 1

----- horas 2

14. EN CUANTO TIEMPO DESPUES DE TOMAR LA MEDICINA SE RECUPERO TOTALMENTE EL NIÑO ?

----- días 1

----- horas 2

15. QUE OTROS REMEDIOS CASEROS O MEDICINALES, LE DIO AL NIÑO PARA LA MISMA ENFERMEDAD MIENTRAS USABA LA MEDICINA QUE LE DEJAMOS ?

Entrevistador: anote la respuesta en la columna A de abajo.

16. DE NO HABER TENIDO LA MEDICINA QUE LE DEJAMOS, CUAL LE HUBIERA DADO AL NIÑO ESTA VEZ ? Entrevistador: anote la respuesta en B

	A	B		A	B
Terramicina	1	1	Entero-Guanil	11	11
Litrosol	2	2	Entero-Bioformo	12	12
Estomal	3	3	Wintomilon	13	13
Dextrovita	4	4	Acromicina	14	14
Suerolito	5	5	Metronidasol	15	15
Lytren	6	6	Peptobismol	16	16
Pedialyte	7	7	Ninguna	17	17
Oralectril	8	8	No sabe/ No responde	0	0
Sales de Rehid	10	10	Otros (especifique)	9	9

17. AHORA PENSEMOS EN EL REMEDIO QUE LE DEJAMOS Y QUE USTED YA USO EN SU NIÑO. QUE ES LO MEJOR QUE USTED ENCONTRO EN LA MEDICINA QUE LE DIMOS ? Entrevistador: profundice.

18. HAY ALGO QUE USTED CAMBIARIA EN ESTA MEDICINA ? Entrevistador: profundice sobre:

color	1	palabras textuales entrevistado:
sabor	2	-----
tamaño	3	-----
forma prep.	4	-----

19. QUE ENCONTRO USTED DE MALO EN ESTA MEDICINA ? Entrevistador: profun-
dice sobre: palabras textuales entrevistado:

- color 1
- sabor 2
- tamaño 3
- forma prep. 4

20. AHORA QUIERO PEDIRLE QUE CON TODA SINCERIDAD ME DIGA QUE PIENSA USTED DE ALGUNAS COSAS DE LA MEDICINA CONFORME YO SE LAS VAYA MENCIONANDO. DIGAME SI ES MUY BUENA, BUENA, REGULAR, MALA O MUY MALA POR EJEMPLO, COMO DIRIA USTED QUE ES -----
Ent. asegurese de obtener una respuesta muy honesta.

	LA RAPIDEZ CON QUE LE LLEGA EL PRODUCTO AL NIÑO	LA FORMA DE DAR EL PRODUCTO AL NIÑO	LA ACEPTACION DEL PRODUCTO POR PARTE DEL NIÑO	LA FORMA DE PREPARARLE EL PRODUCTO AL NIÑO
muy buena	1	1	1	1
buena	2	2	2	2
regular	3	3	3	3
mala	4	4	4	4
muy mala	5	5	5	5

21. LA ULTIMA VEZ QUE USTED PREPARO LA MEDICINA CON UNO DE LOS SOBRES, HIZO UN LITRO. ESA VEZ, SE LO DIO TODO AL NIÑO O LE SOBRO ALGO ?

- se lo dió todo 1 pase a P23
- le sobrò algo 2 siga

22. QUE HIZO CON LO QUE LE SOBRO ? (Ent: profundice)

23. EN GENERAL, COMO COMPARA USTED LA MEDICINA QUE PROBO CON OTRAS QUE HA USADO ANTES. ES IGUAL (1), MEJOR (2) O PEOR (3) ?

24. HAY ALGUNAS PERSONAS QUE NOS RECOMIENDAN HACER CAMBIOS EN LA MEDICINA Y OTRAS NO. QUEREMOS SABER SI USTED CREE QUE ESTOS CAMBIOS SON NECESARIOS O NO SON NECESARIOS.

Entrevistador: pregunte uno por uno sobre los cambios de la lista de abajo:

	si	no
QUE LE CAMBIEN EL COLOR	1	2
QUE LO HAGAN MAS DULCE	1	2
QUE VENGA YA PREPARADO	1	2
QUE VENGA EN CANTIDADES MAS PEQUEÑAS PARA CADA TOMA	1	2
QUE TENGA SABOR A FRUTA	1	2

----- CONCEPTO DEL PRODUCTO -----

DURANTE NUESTRA PRIMERA VISITA, LE EXPLICAMOS COMO ERA Y QUE PODIA HACER POR SU HIJO EL PRODUCTO QUE LE DEJAMOS. PARA AYUDARLE A RECORDAR, SE LO VAMOS A REPEIR:

 ESTE ES UN NUEVO PRODUCTO PARA COMBATIR LA DIARREA O LA DESHIDRATACION QUE VIENE DE LA DIARREA. ES MUY PARECIDO AL LITROSOL Y TAMBIEN LO VAN A VENDER LAS PULPERIAS.

A1 AHORA, DESPUES DE HABER PROBADO LA MEDICINA, QUE PARECIDO PIENSA USTED QUE HAY ENTRE LO QUE YO LE DIJE Y LO QUE LA MEDICINA HIZO EN SUS NIÑOS. HAY MUCHO PARECIDO, POCO PARECIDO, O NO SE PARECE EN NADA

Producto y descripción son exactos	1
Se parecen mucho	2
Se parecen poco	3
No se parecen en nada	4
El producto combate la diarrea	5

A2 QUE LE HACE PENSAR ASI ? -----

A3 LA MEDICINA QUE USTED PROBO SERA PUESTA A LA VENTA A UN PRECIO BAJO EL SOBRECITO. CUANDO ESTE PRODUCTO ESTE A LA VENTA, LO COMPRARIA USTED SI UN NIÑO SE LE VUELVE A ENFERMAR ?

Lo compraria	1	No lo compraria	2
--------------	---	-----------------	---

A4 PODRIA DECIRNOS EN DONDE LE RESULTARIA A USTED MAS FACIL COMPRAR MEDICINA COMO LA QUE PROBO CUANDO ALGUNO DE SUS NIÑOS TENGA DIARREA?

En la pulperia	1	En el puesto de Venta de Medicinas	3
En la farmacia	2	En la distribuidora de ASHONPLAFA	4

En otro lugar ----- 9

A5 POR FAVOR DIGAME QUE TAN DIFICIL LE RESULTA A USTED IR A COMPRAR MEDICINAS A CADA UNO DE LOS LUGARES QUE LE VOY A MENCIONAR. DIGAME SI ES MUY DIFICIL, DIFICIL, REGULAR, FACIL O MUY FACIL COMPRAR LAS MEDICINAS EN:

	muy dificil	dificil	regular	facil	muy facil
La pulperia	1	2	3	4	5
La farmacia	1	2	3	4	5
La distribuidora de ASHONPLAFA	1	2	3	4	5
El Puesto de Venta de Medicinas	1	2	3	4	5
Si en A4 se refirio a "Otro lugar", pidale que lo evalúe.	1	2	3	4	5

102

CAMPAÑA DE VACUNACION

B1 CONOCE USTED ALGUN LUGAR POR AQUI DONDE SE PUEDE COMPRAR PASTILLAS PARA PLANIFICAR ? CUAL?

farmacia (1)	puesto de venta de medicinas	(4)
pulperia (2)	puesto de planificacion familiar	(5)
individual (3)	otro _____	(9)

B2 A IDO USTED ALGUNA VEZ A UNO DE LOS PUESTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ASHONPLAFA ?

si 1 pase a B3

no 2 SABE USTED QUE ES UN PUESTO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ASHONPLAFA ?

si 1 pase a B3

no 2 Entrevistador, expliquele que:

"ES UN VOLUNTARIO DE LA COMUNIDAD QUE VENDE ANTICONCEPTIVOS Y OTROS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR." pase a B4

B3 HAY UN PUESTO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ASHONPLAFA CERCA DE AQUI?

si 1 Siga

no 2 Pase a B4

B4 SI UNO DE SUS NIÑOS TUVIERA DIARREA, ESTARIA USTED DISPUESTA A COMPRAR LA MEDICINA EN UN PUESTO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ASHONPLAFA ?

si () no ()

B5 SI TODOS LOS LUGARES SIGUIENTES LE QUEDARAN A LA MISMA DISTANCIA, EN CUAL DE ELLOS PREFERIRIA COMPRAR MEDICINA COMO LA QUE LE DEJAMOS: EN LA PULPERIA (1), EN EL PUESTO DE VENTA DE MEDICINAS (2), EN EL PUESTO DE PLANIFICACION FAMILIAR (3), EN LA FARMACIA (4) O EN OTRO LUGAR (9) ?

B6 LLEVO USTED A SUS NIÑOS A QUE LOS VACUNARAN LA VEZ PASADA, CUANDO EL MINISTERIO DE SALUD REALIZO UN PROGRAMA DE VACUNACION MASIVA EN TODO EL PAIS ?

no (1) despídase si (2) siga

B7 LE DIERON ALGUNA MEDICINA PARA QUE SE LA TRAJERA A SU CASA ?

no () despídase si () QUE MEDICINA LE DIERON ?

B8 LE DIERON LITROSOL O ALGUN OTRO SUERO DE REHIDRATACION ORAL

no (1) si (2)

LE AGRADECEMOS LA INFORMACION QUE NOS HA DADO Y LE ASEGURAMOS QUE SU ESFUERZO VA AFAVORECER A MUCHOS NIÑOS HONDUREÑOS. AHORA, ANTES DE TERMINAR, QUEREMOS HACERLE UNAS PREGUNTAS QUE NOS SERVIRAN PARA CLASIFICACION.

103

C1 CUANTOS SOBRES DE MEDICINA LE DEJARON A USTED LA PRIMERA VEZ QUE VINIMOS ?

-----sobres

C2 PODRIA ENSEÑARME LOS SOBRES QUE LE QUEDAN SIN USAR DE LA MEDICINA QUE LE DEJAMOS LA ULTIMA VEZ ?

Entrevistador, vea exactamente cuantos sobres le quedan sin usar y asegúrese que son de los que le dejó la vez pasada. Si tiene dudas pregúntele si recibió sobres de otro lado. Anote.

----- Sobres sin usar de los que le dejó la vez anterior.

C3 CUANTAS PERSONAS DE SU FAMILIA QUE VIVEN EN ESTA CASA TIENEN ENTRE:

0-2 años	3-12 años	13-19 años	20-39 años	40-59 años	60 o +
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5 o mas	5	5	5	5	5

C4 CADA CUANTO:

	OYE RADIO	VE T.V.	LEE PERIODICOS
Nunca	1	1	1
Diariamente	2	2	2
5 a 6 días por semana	3	3	3
3 a 4 días por semana	4	4	4
1 o 2 días por semana	5	5	5
Menos de 1 día por semana	6	6	6

C5 CUAL ES SU ----- FAVORITA ?
ESTACION DE RADIO ----- CANAL DE T. V. ----- PERIODICO

CERTIFICACION: Yo, ----- certifico que el contenido de este formulario responde cabalmente a las respuestas ofrecidas por el participante, que cualquier alteración por mi parte en cuanto a la forma de entrevista y/o selección del interrogado, redundará en perjuicio hacia la empresa contratante y será motivo suficiente para que mi trabajo sea anulado y no tendrá derecho a cobro alguno.

ENTREVISTADOR

SUPERVISOR

104