

PN-ABZ-895

**COSTS AND COST EFFECTIVENESS OF  
FOOD AND INCOME SUBSIDIES  
IN HONDURAS**

***Maternal and Child Health Care Feeding Programs  
Data File Documentation***

*Prepared by:*

*Peter A. Tatian  
The Urban Institute  
2100 M Street, NW  
Washington, D.C. 20037*

*For:*

*Latin American and Caribbean  
Health and Nutrition Sustainability  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814*

*15 October 1995*

*UI Project No. 06411-000-00*

*Funded by the U.S. Agency for International Development, contract No. LAC-0657-C-00-0051 (LAC Health and Nutrition Sustainability) with URC and ISTI, 7200 Wisconsin Ave., Ste. 600, Bethesda, MD 20814, and USAID/Honduras with Title III Trust Funds.*

# ACKNOWLEDGMENTS

As anyone who has worked on a large data collection effort like this one knows, entering, cleaning and working with the data is an important but often exasperating and thankless job. I'd like to thank all of those who spent countless hours in front of computer screens or pouring over questionnaires, looking for that one last mistake.

First, I want to recognize the ADAI staff who had the arduous but essential tasks of creating data entry programs, coding the questionnaires, and entering and cleaning the data: Carlos Rodriguez, Tomas Hernandez, Carolina Matute, Rigoberto Martell, Fredy Velasquez, Jamileth Mrjia, Karla Rodriguez, Maritza Flores, Jessika Perdomo, Jaqueline Ramirez, Iracema Morales, Lizeth Mejia, Jessica Rosales, Franklin Hernandez, Katty Bonilla, Axana Castillo, Sofia Fonesca, Rebeca Mendoza, Ruth, Xiomara Dominguez, and Patricia Gutierrez. Special thanks also to Magdalena Garcia of ADAI and Sally Creliia and Tina Sanghvi of LAC HNS for helping with the supervision of these tasks in Honduras.

Meanwhile, back at the Urban Institute, I'd like to thank Cathy Wright and Kara Hartnett for their hard work creating the SPSS data entry programs, and Chris Hayes and Tara Smith for their heroic efforts in getting the analysis done on schedule. Thanks as well to Tim Ware of UI for all his help in putting together this documentation and making it look nice.

*Muchas Gracias!*

# CONTENTS

ACKNOWLEDGMENTS .....	iii
CONTENTS .....	v
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1-1</b>
ORGANIZATION OF THIS CODEBOOK .....	1-1
OVERVIEW OF THE STUDY .....	1-1
DESCRIPTION OF THE STUDY METHODOLOGY .....	1-2
Sample Design and Selection .....	1-5
Data Entry and Processing .....	1-9
DATA FILES .....	1-10
Non-Household Questionnaires .....	1-10
Household Questionnaires .....	1-13
Food Consumption Data .....	1-16
Supplementary Data Files .....	1-18
MORE INFORMATION .....	1-19
<b>2. DATA FILE LAYOUTS .....</b>	<b>2-1</b>
BON01.SAV .....	2-3
BON02.SAV .....	2-6
BON03.SAV .....	2-8
BON04.SAV .....	2-13
BON05.SAV .....	2-17
BON06.SAV .....	2-22
BON07.SAV .....	2-25
BON08.SAV .....	2-34
BON09.SAV .....	2-40
BON10.SAV .....	2-49

BON11.SAV .....	2-53
BON12.SAV .....	2-57
BON13.SAV .....	2-62
BON14.SAV .....	2-64
BON15.SAV .....	2-66
MC20A99.SAV .....	2-70
MC20B99.SAV .....	2-74
MC20C99.SAV .....	2-75
MC20D99.SAV .....	2-78
MC20E99.SAV .....	2-79
MC20F99.SAV .....	2-81
MC20G99.SAV .....	2-86
MC21A99.SAV .....	2-91
MC21B99.SAV .....	2-98
MC21C99.SAV .....	2-108
MC22A99.SAV .....	2-110
MC23A99.SAV .....	2-116
MC23B99.SAV .....	2-118
MC31A99.SAV .....	2-120
MC31B99.SAV .....	2-131
MC31C99.SAV .....	2-133
MC31D99.SAV .....	2-135
MC31E99.SAV .....	2-137
MC32A99.SAV .....	2-138
MC33A99.SAV .....	2-140
MC34A99.SAV .....	2-142
MC35A99.SAV .....	2-144
MC36A99.SAV .....	2-146
MC37A99.SAV .....	2-148
MC38A99.SAV .....	2-151
MC38B99.SAV .....	2-152
MC38C99.SAV .....	2-156
MC38D99.SAV .....	2-158
MC38E99.SAV .....	2-161
MC39A99.SAV .....	2-163
MC39B99.SAV .....	2-164
MC39C99.SAV .....	2-168
MC39D99.SAV .....	2-171
BSALUD.SAV .....	2-176

FOCUS2.SAV .....	2-178
HFACCOM.SAV .....	2-179

<b>3. CODE LISTS .....</b>	<b>3-1</b>
Code List #1 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del PRAF (BMI) .....	3-2
Code List #2 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del CARE (PAMI) .....	3-3
Code List #3 -- CNC's, CEDIN's y Lactarios .....	3-4
Code List #4 -- Centros de Salud Donde No Existe Ningun Beneficio .....	3-5
Code List #5 -- Codigos de Departamentos y de Municipales .....	3-6
Code List #6 -- Formas de Los Productos Alimenticos y Cultivos .....	3-9
Code List #7 -- Productos Alimenticos y Cultivos .....	3-10
Code List #8 -- Unidad de Medida de Cantidad .....	3-14
Code List #9 -- Productos Para Los Precios Al Por Menor (MC23) .....	3-15
<b>4. QUESTIONNAIRES .....</b>	<b>4-1</b>
<b>5. REFERENCES .....</b>	<b>5-1</b>

## FIGURES

Figure 1 -- Departamentos Selected for MCH Study .....	1-4
Figure 2 -- MCH Study Sample Design .....	1-6

## TABLES

Table 1 -- Size of Sampling Frames, Sampling Rate, and Number of Substitutions .....	1-5
Table 2 -- Distribution of Sampled Health Centers by Departamento .....	1-7
Table 3 -- Household Sampling Frame, Sample Size, and Sampling Rates .....	1-8
Table 4 -- Community Sampling Frame, Sample Size, and Sampling Rates .....	1-9
Table 5 -- Data Files for Questionnaires MC20 through MC31 .....	1-11
Table 6 -- Data Files for Questionnaires MC32 through MC39 .....	1-12
Table 7 -- List of Data Files for Household Questionnaires .....	1-14
Table 8 -- Renamed Variables in Household Data Files .....	1-16
Table 9 -- Sample Food Consumption Data .....	1-17

# 1. INTRODUCTION

## ORGANIZATION OF THIS CODEBOOK

This code book is organized into several sections. The first section, the Introduction, gives a general overview of the study goals and methodology. It explains the data entry and processing procedures and describes the basic structure and organization of the data files.

The second section, Data Files, contains a description of each data file and its variables. Note that these file layouts generally do not provide the codes for individual variables. Some codes can be found in section three, Codes, but the user must look at the actual questionnaire forms in the fourth section to find most of the codes.

## OVERVIEW OF THE STUDY

For over three decades, the U.S. Agency for International Development (USAID) has provided PL 480 Title II food commodities (PL 480 Title II) through rural health centers and community-based nutrition centers in Honduras. The objectives of this assistance are to reduce malnutrition, hunger, and poverty and to increase the use of health care services by mothers and children. Food commodities are distributed through two programs:

*Programa de Alimentación Materno Infantil (PAMI)*, which provides monthly take-home food commodities (*raciones*) to qualified families at participating health centers, and

*Programa de Alimentación Complementaria (PAC)*, which provides daily meals on-site to selected mothers and children at community-based nutrition centers, *i.e.*, *lactarios*, *Centros Comunitarios (CNC's)*, and *Centros de Desarrollo Integral del Niño (CEDIN's)*.<sup>1</sup>

In addition to direct distribution of food commodities, in 1990 the World Bank, USAID, and other donors assisted the Government of Honduras in starting an income subsidy or coupon (*bonos*) program through rural health care centers. This program, *Bono Materno Infantil (BMI)*, is administered by a special entity called "*Programa de Asignación Familiar*" (PRAF) that was created for this purpose. The objectives of the BMI program are to subsidize the incomes of the poorest segments of the population and to provide a safety net against food insecurity and malnutrition during economic adjustment.<sup>2</sup>

The presence of both food and *bonos* distribution programs in similar communities provided an opportunity to assess the relative costs and benefits of income versus food subsidies in terms of poverty alleviation, food consumption, nutritional status, and increased use of health services. The Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability (LAC HNS) project therefore agreed to include an evaluation of these programs as part of a broader effort undertaken to document the effectiveness of nutrition activities in the region. The results of this evaluation may be found in Sanghvi *et al.*, 1995 and Fiedler *et al.*, 1995.

## DESCRIPTION OF THE STUDY METHODOLOGY

To evaluate the effectiveness of the two types of programs, a data collection effort was mounted by LAC HNS in Honduras in 1994. As the prime contractor, LAC HNS took responsibility for supervising all aspects of the study. The Honduran firm *Ateneo de la Agroindustria (ADAI)* carried out the data collection under LAC HNS supervision, entered the survey data into computer files, and cleaned the entered data. The Urban Institute of Washington, D.C. was hired as a sub-contractor to LAC HNS to supervise the entering and cleaning of the survey data and to prepare the data analysis for the final report.

The study methodology had to take into account the fact that the assignment of programs was not random. Although the exact criteria that was used to decide which health centers in Honduras would benefit from food programs is not known, programs were generally set up in areas where there was a perceived need for nutritional intervention. In other words, areas with higher incidences of poverty and malnutrition were more likely to receive

---

<sup>1</sup>In the survey instruments, the centers participating in the BMI and PAMI programs and the centers without any food programs are often referred to by the generic term, "health centers." All three types of centers participating in PAC programs (*lactarios*, CNC's, and CEDIN's) are often referred to simply as *lactarios*. We will continue to use this nomenclature in this documentation.

<sup>2</sup>LAC HNS also evaluated similar *bonos* and food distribution programs that were implemented through primary schools. For more information see Rogers *et al.*, 1995, and Phillips *et al.*, 1995.

programs than more well-off areas. Furthermore, program recipients are chosen based on criteria that direct benefits towards poorer households.

An evaluation of the effectiveness of these food programs must therefore be able to isolate the effect of the program itself from other confounding effects produced by economic, social, and other factors specific to a particular household, health center, and community. This is generally done by collecting detailed information on the characteristics that researchers feel may have a confounding effect on the program outcomes that are to be measured. These characteristics can then be combined with program exposure variables in a multivariate analysis to attempt to derive the effect of the program on the chosen outcome, independent from the effect of other extraneous factors.

To provide the necessary data for comparing the three different programs, LAC HNS collected data on program participants in eight rural *departamentos* in western Honduras (see Figure 1). These *departamentos* were selected because of their relative poverty and because of the prevalence of the three assistance programs in this region. The population for this study was drawn from *municipios* within these eight *departamentos* that had a poverty index of greater than 35 percent.

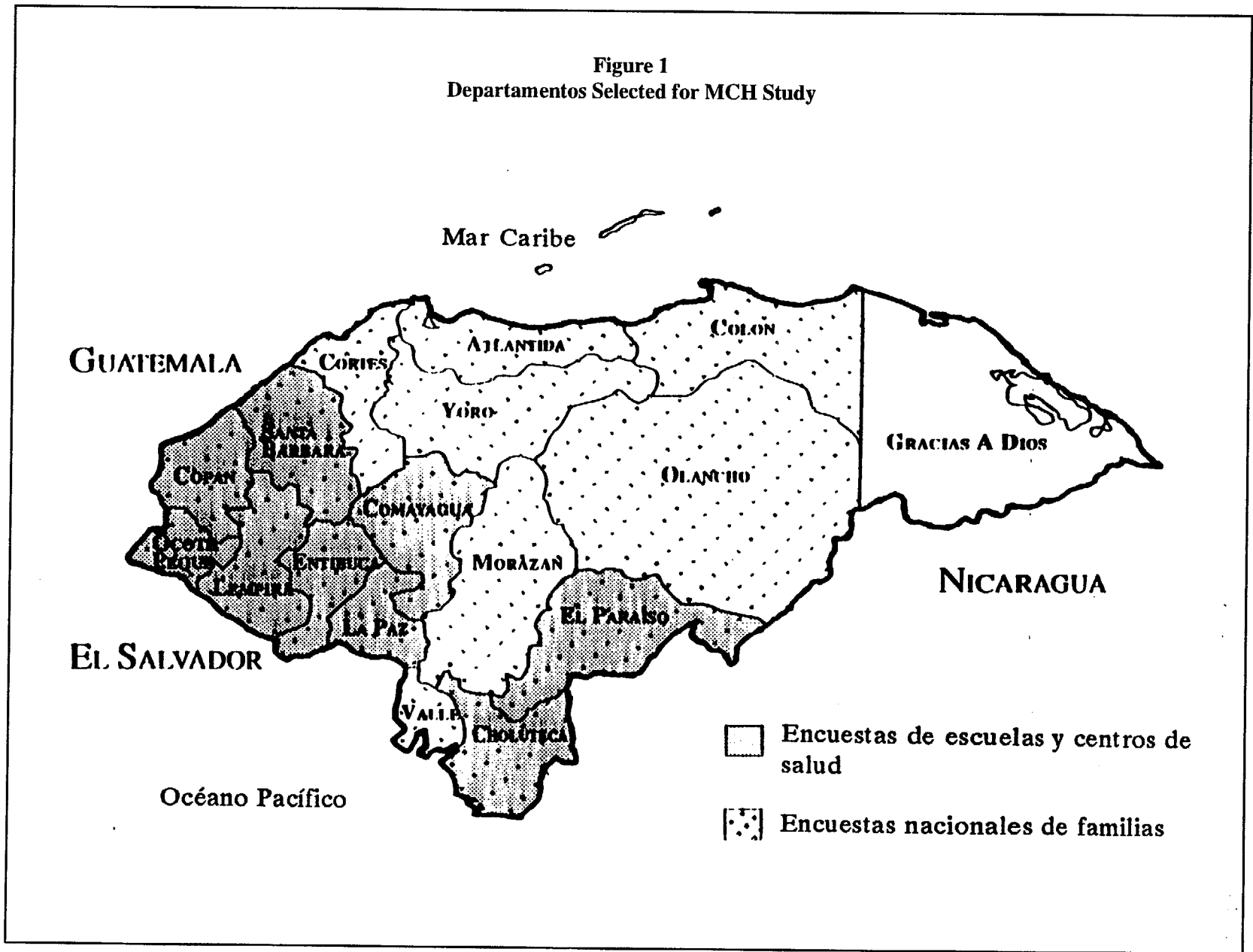
A schematic of the overall sample design is provided in Figure 2. Within the study area, a sample of 20 health centers was drawn from both of the strata representing the two program groups PAMI and BMI, 20 *lactarios* were chosen from the stratum of PAC centers, and 20 health centers were selected from the stratum of health centers offering no programs. At the health center and *lactario* level, data were collected on program costs and procedures, the distribution of program foods, the types of services provided by the center, and the use of health center services by patients.

A second stage sample of 1,418 households was drawn from lists of program beneficiaries maintained at the health centers and *lactarios* and from lists of center users from the non-program centers. Data were collected on household characteristics and annual expenditures, household members, program benefits, use of health center family planning services, food expenditures, and food consumption. Within each sampled household, a further sample of one focus mother and two focus children were chosen from which individual-level food consumption data was obtained. One mother was chosen from each household to answer detailed questions on health center use and health care knowledge, attitudes, and practices. (We refer to these as the "KAP mothers.") Finally, morbidity and anthropometry data were collected on all children in the household under five years old.

In addition, 388 communities were selected from those where the sample households reside to provide an estimate of overall community characteristics for each health center. Enumerators also observed 1,648 patient-health care worker interactions at the different health centers and conducted 679 exit interviews with patients to provide a basis for measuring the quality of care provided by the centers. (The interactions and exit interviews were not done for *lactarios*.)



Figure 1  
Departamentos Selected for MCH Study



Data were collected at health centers in two rounds, July to November 1994 and January to April 1995. *Lactarios* were visited only once from July to November 1994. Household data were collected during three separate visits from July to November 1994. The three visits to a particular household took place during a two-week period.

### Sample Design and Selection

The sample for this survey was a stratified, multi-stage, random sample. A schematic of the sample design is given in Figure 2. The first stage in the sample selection was to choose 20 centers in each of the three program strata (BMI, PAMI, and *lactarios*), plus 20 centers that had no food programs. ADAI compiled sampling frames

**Table 1**  
**Size of Sampling Frames, Sampling Rate, and Number of Substitutions**

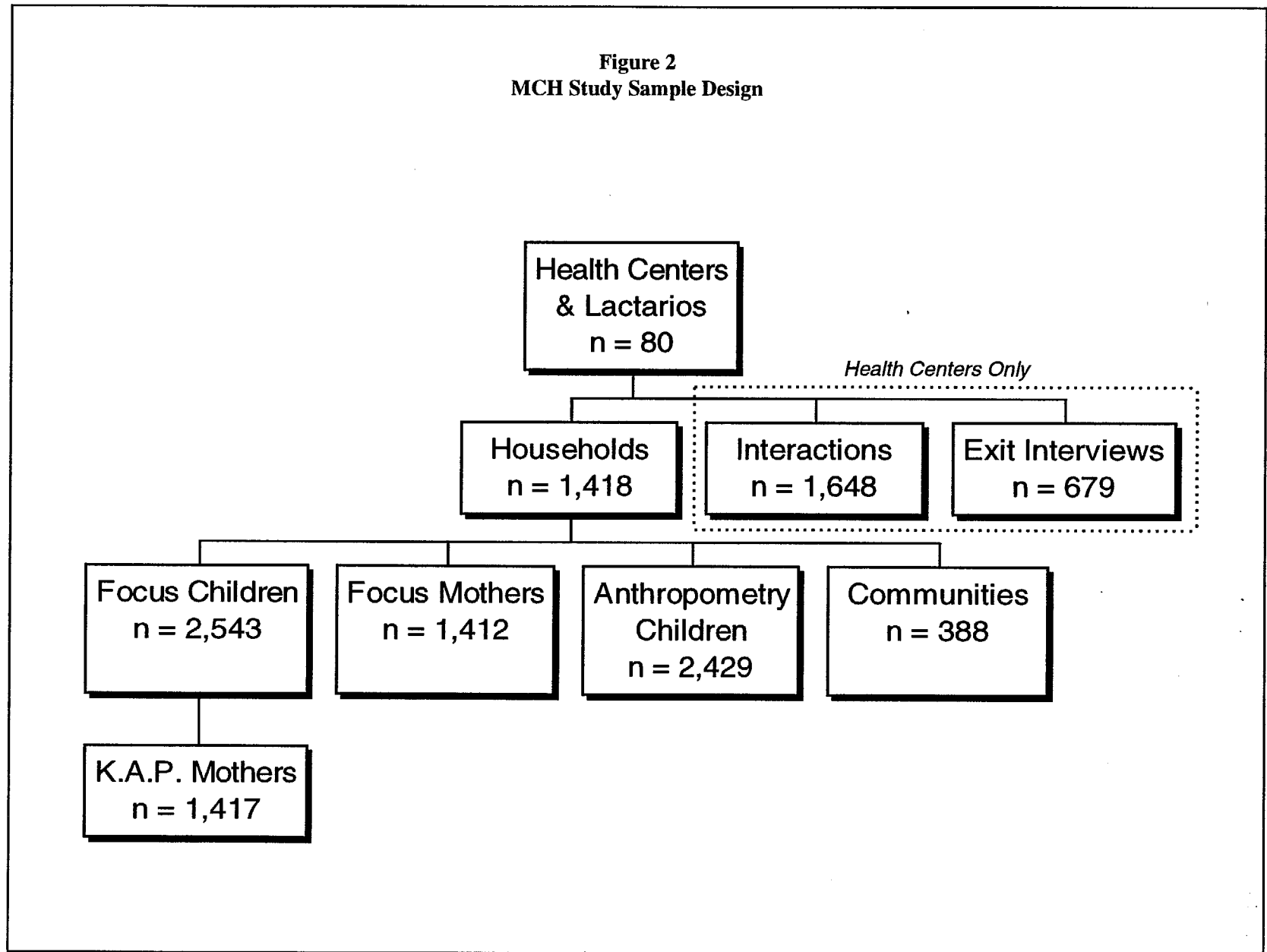
Type of Center	Size of Sampling Frame	Number of Centers Selected	Sampling Rate	Substitutions
BMI	34	20	59%	0
PAMI	73	20	27%	0
Lactarios	479	20	4%	0
No Program	120	20	17%	7
Total	706	80	11%	7

Source: ADAI, Data files

for each of the four strata using lists provided by the Ministry of Public Health, CARE, and PRAF, and then randomly selected 20 centers from each strata. Centers participating in programs other than the three programs examined in this study were excluded from the sample frame. The size of the sampling frames and the sampling rates for each strata are given in Table 1.

At the start of the field work, ADAI discovered that seven of the "no program" centers were actually benefitting from some kind of food program. They therefore substituted centers that had no programs for these seven centers on an *ad hoc* basis. The geographic distribution of the final sample of health centers and *lactarios* is given in Table 2.

Figure 2  
MCH Study Sample Design



**Table 2**  
**Distribution of Sampled Health Centers by Departamento**

Departamento	Number of Health Centers				
	Total	BMI	PAMI	Lactarios	No Program
Copan	5	0	2	1	2
Choluteca	21	0	5	6	10
El Paraiso	12	0	8	2	2
Intibuca	6	0	2	3	1
La Paz	7	4	1	2	0
Lempira	10	0	2	5	3
Ocotepeque	6	6	0	0	0
Santa Barbara	13	10	0	1	2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Source: Data files

For the household selection, ADAI attempted to select 18 households from the beneficiaries list of each health center and *lactario* in the sample. ADAI constructed the sample frames differently in each type of center. If there were more than 1,000 beneficiaries for a BMI center, a list of beneficiaries was obtained from PRAF. Otherwise, the field enumerator compiled a list of beneficiaries at the health center. For PAMI centers and *lactarios*, the enumerators always compiled the list of beneficiaries at the center. For both BMI and PAMI centers, only households on the list of "active" beneficiaries were included in the sample frame (that is, households that received benefits within the last three months).

For *lactarios*, the sampling frame was created from a list of households currently bringing in children for services. In some cases the enumerators selected only households that had been to the center in the last three months, but in other cases this criterion was not applied.

12

**Table 3**  
**Household Sampling Frame, Sample Size, and Sampling Rates**

Type of Center	Size of Sampling Frame	Number of Households Selected	Sampling Rate
BMI	21,843	360	2%
PAMI	5,915	360	6%
Lactarios	997	339	34%
No Program	32,640	359	1%
Total	61,395	1,418	2%

*Source:* Data files

For non-program centers, the sampling frame was created from vaccination records for children under five years old. The enumerators reported that these were the only reliable records available from which to construct the sample frame at these centers. Table 3 gives the size of the household sampling frames and the sampling rates for each of the four strata.

The person listed as the beneficiary for the household sample selection was designated as the “focus person” for that household. Question #1 in household questionnaire MC02 identifies this focus person, who may have been either a mother or a child, depending on how the beneficiaries lists were compiled at each center. At the initial visit to the household, two additional focus people were chosen. At least one of the three focus people had to have been a pregnant or lactating woman. The other two focus people were children, at least one of whom was under five months old. Individual-level food consumption estimates were obtained on all three focus people. The order numbers of all three focus people for each household can be found in the file FOCUS2.SAV. (NB: The order numbers for the three focus people provided in the consumption data files, BON15T.SAV, should *not* be used as they are not reliable. ADAI provided a cleaned list of focus people that is contained in FOCUS2.SAV.)

A separate sample of mothers was also chosen to answer the health care knowledge, attitudes, and practices (KAP) questions in questionnaire MC07. One KAP mother was chosen from each household, generally the mother of one of the focus children. The order number of the KAP mother is identified in question #1 in household questionnaire MC07.

The community sampling frame was the list of communities in which the sampled households lived. If no households were selected from a particular community, then that community was not included in the sampling

13

frame. An attempt was made to sample all communities in the sampling frame but, as can be seen Table 4, this goal was not reached.

**Table 4**  
**Community Sampling Frame, Sample Size, and Sampling Rates**

Type of Center	Size of Sampling Frame	Number of Communities Selected	Sampling Rate
BMI	169	121	72%
PAMI	148	107	72%
Lactarios	30	26	87%
No Program	142	134	94%
Total	489	388	79%

*Source:* Data files

Finally, data were collected on 1,648 patient-health care worker interactions and 679 exit interviews during both rounds of the health center visits.

### **Data Entry and Processing**

As the interviewers returned with completed questionnaires from the field, ADAI entered the data into computer files. All data entry was done in ADAI's office in Tegucigalpa. ADAI used two different programs for entering the data. The household questionnaires were entered using a custom data entry program written by local programmers using the COBOL programming language. All other questionnaires were entered using SPSS Data Entry. The COBOL program was used for the household questionnaires because these instruments were very similar to those from a previous survey that ADAI had just completed. Since ADAI had already written the data entry program for these questionnaires, we decided to adapt their program to our questionnaires. For the non-household questionnaires, it was faster to create new data entry forms using SPSS Data Entry.

The questionnaires were processed and entered in batches or "packets." When questionnaires were brought in from the field, ADAI staff separated them by type and organized them into packets of up to 12 questionnaires. A control form was attached to the top of each packet and was used to monitor the progress of the questionnaires through each of the data entry and processing steps.

ADAI performed basic cleaning procedures on all questionnaires and data files. Prior to being entered, all questionnaires were inspected visually by coding supervisors to check for obvious data problems, miscoded entries, or missing codes. Once checked by the coders, the packet of questionnaires was passed to the data entry staff for keying into computer files. The data entry programs did basic range checking on all entered data, notifying the data entry person immediately if an invalid value was typed into a field. The programs also did some basic relational checks, such as seeing if monthly amounts added correctly to yearly totals.

Once the data were entered and cleaned using the built-in computerized checks, a data entry person would do a line-by-line visual comparison of the questionnaire with the entered data. The person who did this check was always different from the person who originally entered the data. In this way, any remaining data entry errors could be caught and corrected.

Every month or so, copies of the data entry files were sent to the Urban Institute for inspection. UI ran several additional tests on the data to check for double lines and inconsistent data between different data files. UI sent lists of these errors to ADAI, who made the necessary corrections to the data files.

## **DATA FILES**

The data files created from the questionnaires data are "rectangular files," meaning that each line or record in a file has exactly the same structure (*i.e.*, has exactly the same variables) and represents a single data observation. To be able to store the data properly in rectangular files, it was sometimes necessary to enter data from the same questionnaire into separate data files. For example, each packet of questionnaire MC31 (the health center questionnaire) was entered into five (5) different data files to separate data at the health center, month, year, and type of medicine levels. We refer to these subsets of data from the same questionnaire as being the "parts" of the questionnaire. The parts are designated by a single letter, "A," "B," "C," and so forth.

### **Non-Household Questionnaires**

The organization of data entry was handled slightly differently for the household data entered with ADAI's COBOL program and the other questionnaires entered with SPSS Data Entry. For the non-household questionnaires entered using SPSS Data Entry, each *packet* of data was entered into a separate file or set of files, depending on whether the questionnaire was entered in a single part or multiple parts. The data for individual packets were kept in separate files so that data from a particular packet could be entered and cleaned separately from the other packets.

The data file naming conventions allow one to see immediately the questionnaire, part, and packet number of each data entry file. The names are of the form "MC $qq$ pn.SYS." The first two letters, "MC," indicate that the file contains data from the MCH Sub-study. The next two digits, " $qq$ ," are the identification number for the type of

15

questionnaire. The next character, “*p*,” is a single letter indicating the part of the questionnaire contained in the file (*i.e.*, the level of the data). The first part is “*A*,” the second part is “*B*,” and so forth. The two-digit number “*nn*” is the packet number for the data in this particular file. The suffix “.SYS” identifies the file as being an SPSS Data Entry file.

To illustrate, the file “MC31C03.SYS” is the SPSS Data entry file for questionnaire MC31, part C, packet number 03.

**Table 5**  
**Data Files for Questionnaires MC20 through MC31**

**MC20 -- Cuestionario de Lactarios**

<i>File</i>	<i>Level</i>	<i>Cases</i>	<i>Variables</i>	<i>Description</i>
MC20A99.SAV	Center	20	106	Information on lactario
MC20B99.SAV	Community	31	10	Communities served by lactario
MC20C99.SAV	Dish	182	49	Meals served
MC20D99.SAV	Month	299	9	No. clients served
MC20E99.SAV	Person	56	10	Salaries of lactario personnel
MC20F99.SAV	Person	37	153	Info. from personnel who work every day
MC20G99.SAV	Person	20	130	Info. from personnel who work every day (cont.)

**MC21 -- Disponibilidad de Servicios en las Comunidades Seleccionadas a Traves de los Centros de Salud**

MC21A99.SAV	Community	362	108	Information on community
MC21B99.SAV	Community	362	322	Information on community (cont.)
MC21C99.SAV	Community	234	44	New users of ASHONPLAFA services

**MC22 -- Disponibilidad de Servicios en las Comunidades Seleccionadas a Traves de los Lactarios**

MC22A99.SAV	Community	26	141	Information on community
-------------	-----------	----	-----	--------------------------

**MC23 -- Precios al por Menor**

MC23A99.SAV	Market/Store	309	23	Distance to market or store
MC23B99.SAV	Price	4,783	19	Price observations

**MC31 -- Cuestionario del Centro de Salud**

MC31A99.SAV	Center	60	198	Information on health center
MC31B99.SAV	Month	500	12	Amount of food and bonos distributed
MC31C99.SAV	Year/Type of visit	5,747	17	Number of clients received
MC31D99.SAV	Center	60	46	Reasons for change in number of clients
MC31E99.SAV	Type of medicine	662	9	Inventory of medicines and supplies



**Table 6**  
**Data Files for Questionnaires MC32 through MC39**

**MC32 -- Interacciones Entre el Trabajador de Salud y la Paciente, Consulta por Diarrea**

<i>File</i>	<i>Level</i>	<i>Cases</i>	<i>Variables</i>	<i>Description</i>
MC32A99.SAV	Patient	254	32	Interaction questions for patients with diarrhea

**MC33 -- Interacciones Entre el Trabajador de Salud y la Paciente, Control de Crecimiento y Desarrollo**

MC33A99.SAV	Patient	467	40	Interaction questions for growth monitoring
-------------	---------	-----	----	---

**MC34 -- Interacciones Entre el Trabajador de Salud y la Paciente, Consulta por IRA**

MC34A99.SAV	Patient	446	25	Interaction questions for patients with IRA
-------------	---------	-----	----	---

**MC35 -- Interacciones Entre el Trabajador de Salud y la Paciente, Control Prenatal**

MC35A99.SAV	Patient	390	33	Interaction questions for prenatal care
-------------	---------	-----	----	---

**MC36 -- Interacciones Entre el Trabajador de Salud y la Paciente, Planificacion Familiar**

MC36A99.SAV	Patient	91	36	Interaction questions for family planning
-------------	---------	----	----	---

**MC37 -- Entrevista de Salida con los Pacientes**

MC37A99.SAV	Patient	679	73	Exit interviews
-------------	---------	-----	----	-----------------

**MC38 -- Preguntas para el Personal de Centros de Salud con BMI**

MC38A99.SAV	Person	88	13	Program responsibilities, salary
MC38B99.SAV	Person	44	93	Activities of health workers
MC38C99.SAV	Center	20	26	Information from center director
MC38D99.SAV	Area	2	54	Information from chief of administrative area
MC38E99.SAV	Area	2	27	Information from chief of admin. area (cont.)

**MC39 -- Preguntas para el Personal de Centros de Salud con PAMI**

MC39A99.SAV	Person	66	13	Program responsibilities, salary
MC39B99.SAV	Person	39	116	Info. from persons resp. for PAMI program
MC39C99.SAV	Center	20	56	Information from center director
MC39D99.SAV	Area	2	108	Information from chief of administrative area

For analysis purposes, the individual packets of the data entry files were later joined together into a single file for each questionnaire type and part. The two spaces for the packet number in the file name were replaced with the digits "99" in the combined data file. Since the new combined files were in SPSS for Windows format, the file suffix was changed from ".SYS" to ".SAV," the standard suffix for SPSS for Windows data files. For example, when all of the files for part A of questionnaire MC20 (*i.e.*, MC20A01.SYS, MC20A02.SYS,

MC20A03.SYS, . . . ) were combined together, the resulting file was named MC20A99.SAV. The complete list of data files for the non-household questionnaires can be found in Tables 5 and 6.

The SPSS program that combined the individual data entry files for each packet into a single data file was always given the same name as the resulting data file, with the extension ".SAV" replaced by the extension "SPS." For example, the combining program that created the data file MC20A99.SAV from the files MC20A??.SYS was called MC20A99.SPS. In addition to combining the packet files together into a single data file, the combining program also performs some processing and data checking routines on the merged data. First, the program recodes any missing values that were incorrectly coded to the correct missing value code for that variable. For example, in some cases the enumerator would enter "999" for the missing value for a variable when the correct value should have been "9999." The program corrects these values by recoding "999" to "9999" for that variable.

Next, the combining program lists out any cases of non-unique *key variables* in the data file. Each data file has a set of one or more variables, called the key variables, that uniquely identify each record in that file. For example, if the file contains data at the health center level, then the health center identification number, CENTRO, is the key variable for that file because it uniquely identifies each health center. It follows then that no two records in a data file should have the same combination of values for the key variable or variables. The program prints out any cases with duplicate key variables so that they can be corrected.

The combining program may then list out other problems with the data, as appropriate to the particular data file. For example, it may list out cases where the sum of the monthly totals do not add up to the annual total entered in the file.

### Household Questionnaires

For the household data files, all of the data for the packets of questionnaires were entered into a single data file, rather than being entered into separate files by packet. The data are still in rectangular files, however, meaning that data at different levels were separated into fifteen (15) distinct files. These files were named "BONffT.DBF," where "ff" is a two-digit number from "01" to "15" indicating the number of the data file. The complete list of household data files can be found in Table 7. As can be seen from this list, the data file number does *not* correspond to the number of the questionnaire. For example, file BON15T.DBF contains data from the household food consumption questionnaire, which is number MC04.

**Table 7**  
**List of Data Files for Household Questionnaires**

**MC01 -- Cuestionario de los Hogares, Identificación de la Vivienda**

*(All household data files contain this information.)*

**MC02 -- Cuestionario de los Hogares, Personas en la Vivienda**

<i>File</i>	<i>Level</i>	<i>Cases</i>	<i>Variables</i>	<i>Description</i>
BON01.SAV	Person	9,556	39	Household identification, interview dates

**MC03 -- Cuestionario de los Hogares, Características de la Vivienda**

BON02.SAV	Household	1,418	37	Household characteristics
-----------	-----------	-------	----	---------------------------

**MC04 -- Cuestionario de los Hogares, Consumo de Alimentos**

BON14.SAV	Meal	4,797	22	Meals eaten outside the household
BON15.SAV	Meal/Ingredient	86,275	72	Foods consumed by household

**MC05 -- Cuestionario de los Hogares, Gastos del Hogar**

BON03.SAV	Household	1,411	126	Household expenditures
-----------	-----------	-------	-----	------------------------

**MC06 -- Cuestionario de los Hogares, Información Sobre de Beneficiarios de Raciones, Bonos y Lactarios**

BON07.SAV	Household	1,414	235	Food ration (PAMI) recipients
BON08.SAV	Household	1,413	153	Bonos (BMI) recipients
BON09.SAV	Household	1,417	242	Lactarios (PAC) beneficiaries
BON10.SAV	Household	1,413	74	Other programs
BON11.SAV	Household	1,415	89	Health services

**MC07 -- Cuestionario de los Hogares, Conocimientos y Uso de Servicios de Salud**

BON04.SAV	Household	1,417	87	Health care practices and knowledge
BON05.SAV	Household	1,414	124	Health care practices

**MC08 -- Cuestionario de los Hogares, Morbilidad y Antropometría**

BON06.SAV	Child	2,429	34	Morbidity and anthropometry
-----------	-------	-------	----	-----------------------------

**MC09 -- Cuestionario de los Hogares, Fecundidad**

BON12.SAV	Household	1,358	120	Family planning
-----------	-----------	-------	-----	-----------------

**MC10 -- Cuestionario de los Hogares, Gastos en Alimentos**

BON13.SAV	Transaction	13,618	28	Food expenditures
-----------	-------------	--------	----	-------------------

19

The COBOL data entry program used for the household questionnaire created files in dBase III format. Most of the variables in these files have names with the format "**PffAnn**," where "**ff**" is the number of the data file (*i.e.*, "01" through "15"), and "**nn**" is a sequential number for the variable. This variable number does *not* correspond to the question numbers on the survey instrument. To match the variable with a question on the questionnaire, one must consult the data documentation for the file. For example, the variable **P02A7** is the seventh variable in the file **BON02T.DBF**.

The variables **PffA1** through **PffA13** are identical for all fifteen data entry files and contain identifying information for each data record. Much of this information is repeated for all records pertaining to the same household in the file (such as the household identification number and the three interview dates). Variables from **PffA14** onward contain the data specific to the questionnaire included in the file.

Files **BON01** through **BON14** also contain four identifying variables that do not fit the **PffAnn** format. **NUMBOLff** is the number of the questionnaire form (*boleta*) for the record. ("**ff**" again is the two-digit file number.) Since each set of household questionnaires was numbered sequentially, this variable can serve to identify uniquely each household in the data file and to match households across different data files. The variable **ORDENff** is a sequential order number for each record for a given *boleta*. If the data in the file are at a household level, then this variable will always have the value of "1." Otherwise, each record for a given household will be numbered sequentially starting at "1." Consequently, the combination of the variables **NUMBOLff** and **ORDENff** will identify uniquely each record in the data file.

The variable **LOCAL** contains the identification number for the community in which the household is located. Note that this number by itself does not uniquely identify the community. The community is identified by the combination of variables **PffA2** (*departamento*), **PffA3** (*municipio*), and **LOCAL**. The combination of these three variables may be used to match the household data to the community-level questionnaire data (*i.e.*, questionnaires **MC20** and **MC21**).

Finally, the variable **TIPOff** simply contains the two digit file number, repeated for every record in the file. So, in file **BON01T.DBF**, the value of **TIPO1** is always "1."

The original dBase data entry files were all converted to SPSS for Windows format for the analysis. The SPSS files have the same names as the dBase files, but with the "**T**" removed from the end of the name and the **".DBF"** extension replaced by the extension **".SAV."** In addition, for ease of use the variables **PffA1** through **PffA7** were renamed in the SPSS files as shown in Table 8. Variable **PffA7**, the program group to which the household belongs, is renamed to **GRUPOX**. This same variable in file **BON02.SAV** is added to all the other household data files as **GRUPO**. This was done because it was found that there were errors in variable **PffA7** in the other files. Therefore, the variable **GRUPOX** should not be used. The SPSS program **BONff.SPS** creates the file **BONff.SAV** from the file **BONffT.DBF** and makes all of these changes.

As with the non-household data files, the household data files were checked for unique key variables for each data record and for consistency between data files.

**Table 8**  
**Renamed Variables in Household Data Files**

Old Variable Name	New Variable Name
PffA1	VIVIENDA
PffA2	DEPT
PffA3	MUNIC
PffA4	NO_CENTR
PffA5	REGION
PffA6	AREA
PffA7	GRUPOX

### Food Consumption Data

The household consumption data from questionnaire MC04 can be found in file **BON15T.DBF**. This file contains the variables **NUMBOL15**, **TIPO15**, and **LOCAL**, as do the other household data files, but it does not have the variable **ORDEN15**. Instead, this file has two variables, **VISITA** and **NLINEA**, which indicate the number of the visit to the household (“1,” “2,” or “3”) and the number of the record within each visit (“1,” “2,” “3,” and so on). For this file, the variables **NUMBOL15**, **VISITA**, and **NLINEA** uniquely identify each data record.

The actual organization of the consumption data is more complicated, however, because in addition to being broken down by household and visit, the data can further be broken down into meals, dishes, and ingredients, as shown:

*Household (NUMBOL15)*

*Visit (VISITA)*

*Meal (P15A17)*

*Dish (P15A18)*

*Ingredient (P15A19)*

A *meal* is a particular sitting where the household consumes one or more dishes. The meal is identified by variable P15A17, which indicates the time when the meal took place (“*hora de comida*”). A meal consists of one or more *dishes*, which are prepared or unprepared food that is eaten as an inseparable item. Dishes are, in turn, made up of *ingredients*, which are prepared or unprepared food items that are measured using a single unit of measure.

When using the consumption data, it is necessary to distinguish between *dish records* and *ingredient records*. Every meal will consist of one or more dish records. The *dish records* identify the individual dishes that comprised the meal, such as tortillas, beans and rice, or coffee. If the dish was prepared for that meal, the dish record will be followed by one or more *ingredient records* that list the foods that went into making that dish. For example, the dish record for tortillas may be followed by two ingredient records, one for maize and one for oil. If, however, the dish was not prepared for that meal (say, for example, it was left over from the previous day) then no ingredient records will follow the dish record. A dish record may also stand alone if the dish consists of only a single, unprepared food item (such as a piece of fruit).

Dish records can be identified by the fact that they have the same values for variables P15A18 and P15A19 (*i.e.*, the dish and ingredient codes are the same.) An ingredient record will have different values for these two variables. Table 9 gives some sample data for three dishes from the 8:00 meal of the first visit to a household. Note that for each dish line, shown in bold, the values for variables P15A18 and P15A19 are equal. The first dish listed is *café oro* (code 1403). The form for this dish, indicated by the first digit of the ingredient code, is “1” for “prepared.”

**Table 9**  
**Sample Food Consumption Data**

NUMBOL15 (household)	VISITA (visit)	P15A17 (meal)	P15A18 (dish)	P15A19 (ingredient)	P15A20 (source)
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>08</b>	<b>1403</b>	<b>1403</b>	<b>00</b>
10	1	08	1403	0403	01
10	1	08	1403	0260	01
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>08</b>	<b>2041</b>	<b>2041</b>	<b>00</b>
10	1	08	2041	1041	01
10	1	08	2041	0240	01
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>08</b>	<b>1004</b>	<b>1004</b>	<b>15</b>

Dish lines in bold.

Below the dish line are two lines for the ingredients that make up the dish “*café oro*.” The first is for the coffee, code 0403, and the second is for *azúcar blanca*, code 0260. Note that the form code for both of these ingredients is “0,” for “raw.” Variable P15A20 indicates the source for the ingredients. In this case, both the coffee and the sugar have source code “1,” indicating that they are from a “*pulperia o tienda en la aldea*.”

The fourth line in Table 9 is the second dish in the 8:00 meal for the household -- fried red beans, code 2041. The ingredients for this dish are cooked red beans, code 1041, and *manteca vegetal*, code 0240. Finally, the last line is a dish of *tortillas de maíz blanco*. This last dish has no ingredients because it was not prepared for this meal. As we can see from the source code of 15, this dish is left over from the previous day.

The dish line not only identifies the different dishes but also contains the data on who ate at the dish, how much of the dish was prepared, how much was consumed and how much was left over at the end of the meal, and the amount of the dish that was eaten by the focus mother and two focus children. The people eating the dish and the quantities of food left over and consumed by the three focus people are only available from the dish records.

The ingredient records give the information on the amount of each ingredient that went into preparing a dish. To determine the nutritional content of the dish, one would determine the nutritional values for each of the ingredients that make up that dish and add up the calories, vitamins, protein, etc. for each ingredient. If the dish has no ingredients (because it is left over from a previous meal) then one must construct a “recipe” for the dish from preparations of that same dish that occur elsewhere in the data or from some other source of information about the composition of that dish.

### Supplementary Data Files

In addition to the basic data entry files described above, there are also two other files created from the original data and secondary sources. The first file is **FOCUS2.SAV**, which was described earlier. FOCUS2.SAV contains the identification numbers of the focus mother and two focus children for whom individual-level consumption data were obtained as part of the consumption survey. As was noted above, the focus person identification numbers provided above columns 21, 24, and 27 of the consumption questionnaire are not always correct. The file FOCUS2.SAV contains the correct order numbers for the three focus people, which are the same for all three visits to the household.

The second supplementary file also relates to the food consumption survey. The file **HFACCOM.SAV** contains the unit weights for all the unit measures that appear in the consumption survey. The file provides the unit weights for every ingredient in all of its possible forms (*e.g.*, raw, cooked, liquid, ground). Two weights are provided for each ingredient. The first weight, variable **FACTOR1**, is the net weight of the ingredient, that is, the weight of the edible portion only of that ingredient. The second weight, **FACTOR2**, is the gross weight, that is, the weight of the edible and non-edible portions. For most types of ingredients, **FACTOR1** and **FACTOR2**



will be equal. For meat, the weight given by FACTOR1 will include the weight of the meat only while the weight in FACTOR2 will include bones.

The weights given in the variables FACTOR1 and FACTOR2 are the *raw-form equivalents* of the given unit of measure for that unit of that ingredient. For example, the value of FACTOR1 for maize flour is the amount of raw, unground maize that is needed to produce one unit of maize flour.

The unit weights in HFACCOM.SAV must be merged with the consumption data in BON01.SAV so that the weights of the ingredients consumed can be calculated.

## MORE INFORMATION

For more information on this documentation, please contact:

Peter A. Tatian  
The Urban Institute  
2100 M Street, N.W.  
Washington, DC 20037

Tel: 202-857-8588  
Fax: 202-223-3043

For more information on the Honduras Study, please contact:

University Research Corporation  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814

Tel: 301-941-8490  
Fax: 301-941-8449



## 2. DATA FILE LAYOUTS

This section contains complete listings of all of the variables in the MCH data files. Each file is identified by its file name, which is given at the top of the layout form. The data files are separated into subdirectories according to the type of questionnaire. So, all of the household data files are in the subdirectory **MCHH**, while all of the data files related to the health center questionnaire, **MC31**, are in subdirectory **MC31**.

Each data file layout starts with a header that contains the following information about the data file:

<b>Description:</b>	Description of the information contained in the data file.
<b>Number of Cases:</b>	Number of records or cases in the data file.
<b>Number of Variables:</b>	Number of variables in the data file.
<b>Data level:</b>	The level of a single record represents. For example, a data file can be at the health center, household, or person level.
<b>Key variables:</b>	The list of variables that uniquely identify a single record.
<b>Questionnaire:</b>	The questionnaire from which the data in the file comes.
<b>Questions:</b>	The questions on the questionnaire from which the data in the file come.

Following the header is the information on the variables in the data file. The variable information has the following four columns:

<b>Variable:</b>	The name of the variable.
<b>Question:</b>	The specific question that the variable contains information about.
<b>Description:</b>	A brief description of the variable.
<b>Format:</b>	The format of the information in the variable.

Variable formats are of two types: numeric or alpha-numeric. Numeric variables are those that can store numbers only. They are represented by the letter "F" followed by one or two numbers to indicate the size of the variable. The first number is the total width of the variable, including the decimal point, if necessary. The second number, which if present is separated from the first by a decimal point, indicates the number of places after the decimal point for that variable. For example, the format "F8.2" indicates a numeric variable that has up to five (5) digits to the left of the decimal point and two digits after the decimal point. (Five plus two, plus the decimal point makes a variable of width eight.) On the other hand, the format "F5" is a numeric variable with up to five digits, with no digits after the decimal point.

Alpha-numeric variables (also called "string" variables) can contain any numbers, letters, or typographic symbols like "!", "\$", or "\*". An alpha-numeric variable is indicated by the format "A" followed by a single number indicating the maximum number of characters that the variable can hold. For example, the format "A10" is an alpha-numeric variable that can hold up to ten characters.

26

**File: MCHHBON01.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Personas en la Vivienda  
**Number of Cases:** 9,556  
**Number of Variables:** 39  
**Data level:** Persona  
**Key variables:** NUMBOL, P01A15  
**Questionnaire:** MC01, MC02  
**Questions:** MC01 (all), MC02:1-12

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL01		Número de boleta	F4
TIPO01		Tipo del archivo (= 01)	F2
ORDEN01		Número de orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P01A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P01A2)	F2
		<i>See Code List #5</i>	
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P01A3)	F2
		<i>See Code List #5</i>	
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P01A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P01A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P01A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P01A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from MC02	F1
P01A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P01A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P01A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P01A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P01A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P01A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P01A14	MC02/a:x	Cuántas personas en total residen en la vivienda	F2

File: BON01.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P01A15	MC02/a:1	No. de Orden	F2
P01A16	MC02/a:1	Enfoque	F1
P01A17	MC02/a:3	Código de Residencia	F1
		1 Vive en la casa	
		2 Ausente regresa	
		3 Ausente no regresa	
		4 Viene los fines de semana	
P01A18	MC02/a:4.2	Código de relación	F2
		1 Jefe	
		2 Esposa/cónyuge	
		3 Hijo(a)	
		4 Nieto(a)	
		5 Padre/madre	
		6 Suegro(a)	
		7 Hermano(a)	
		8 Tío(a)	
		9 Yerno/nuera	
		10 Cuñado(a)	
		11 Primo(a)	
		12 Otro pariente	
		13 No pariente	
		14 Trabajadora doméstica	
P01A19	MC02/a:5	Código de sexo	F1
		1 Hombre	
		2 Mujer	
P01A20	MC02/a:6.1	Edad	F2
P01A21	MC02/a:6.2	Código de la edad	F1
		1 Años cumplidos	
		2 Meses cumplidos (niños menores 5 años)	
		3 Días	
P01A22	MC02/a:7.1	Educación	F2
P01A23	MC02/a:8.1	Trabajó en los últimos 12 meses	F1
		1 Si, tiempo completo	
		2 Si, tiempo no completo	
		3 No-->PASE A COLUMNA 9	
P01A24	MC02/a:8.2.1	Actividad	F1
		1 Sueldo, salario jornal	
		2 Producción agropecuaria propia	
		3 Actividades comerciales	
		4 Artesanía	
		5 Elaboración y venta de productos alimenticios	
		6 Trabajo doméstico remunerado	
		8 Otros	

File: BON01.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P01A25	MC02/a:8.2.2	Actividad  <i>Same as P01A24</i>	F1
P01A26	MC02/a:8.2.3	Actividad  <i>Same as P01A24</i>	F1
P01A27	MC02/a:9.1	Nivel de Esfuerzo  1 Sedentario 2 Actividad moderada 3 Actividad de alto esfuerzo	F1
P01A28	MC02/a:10.1	Si está embarazada o dando pecho  1 Embarazada 2 Amamantando 3 Embarazada y amamantando 4 Ni embarazada ni amamantando 9 No sabe, no contesta	F1
P01A29	MC02/a:10.2	# de meses de embarazo  0-10 No. de meses 99 No sabe meses de embarazo	F2
P01A30	MC02/a:11.1	Está lactando?  1 Si 2 No	F1
P01A31	MC02/a:11.2	# de orden de la madre  88 Vive en otra parte 77 Muerta	F2
P01A32	MC02/a:11.3	Quién cuida al niño durante el día  1 Madre 2 Abuela 3 Otro pariente 4 Otro no pariente	F1
P01A33	MC02/a:11.4	# de orden de persona que cuida al niño  1-50 No. de orden 88 Otro fuera del hogar	F2
P01A34	MC02/a:12.1	Asiste a la escuela  1 Si 2 No	F1
P01A35	MC02/a:12.2	Recibe merienda escolar?  1 Si 2 No	F1

29

## File: MCHH\BON02.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Características de la Vivienda  
**Number of Cases:** 1,418  
**Number of Variables:** 37  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC03  
**Questions:** MC03:1-9

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL02		Número de la boleta	F4
TIPO02		Tipo del archivo (= 02)	F2
ORDEN02		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
TOTAL2		* Temporary data entry variable *	F6
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P02A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P02A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P02A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P02A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P02A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P02A6)	F2
GRUPO	MC01/a:x	Grupo (old name P02A7)	F1
P02A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P02A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P02A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P02A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P02A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P02A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P02A14	MC03/a:1	Cual es el material predominante en el piso.	F1
P02A15	MC03/a:2	De donde obtienen el agua en esta vivienda.	F1
P02A16	MC03/a:3	Que clase de servicio sanitario tiene?	F1

**File: BON02.SAV, continued**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
P02A17	MC03/a:4	Hay Electricidad en la vivienda	F1
P02A18	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Refrigerador)	F1
P02A19	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Radio)	F1
P02A20	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Televisión)	F1
P02A21	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Bicicleta)	F1
P02A22	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Moto)	F1
P02A23	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Carro)	F1
P02A24	MC03/a:5	En esta vivienda hay (Caballo/mula/burro)	F1
P02A25	MC03/a:6	Usted o alguien de la familia siembre algún producto para el consumo de la casa, venta o para pastos?	F1
P02A26	MC03/a:7	De que extensión de tierra disponen en esta vivienda para cultivos y(o) pasto?	F7
P02A27	MC03/a:8	Actualmente usted o alguien de la familia cría animales para el consumo de la casa o para la venta?	F1
P02A28	MC03/a:9a	Gallinas	F5
P02A29	MC03/a:9b.	Otras aves de corral	F5
P02A30	MC03/a:9c.	Cabras	F5
P02A31	MC03/a:9d.	Cerdos	F5
P02A32	MC03/a:9e.	Vacas	F5

## File: MCHHBON03.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Gastos del Hogar  
**Number of Cases:** 1,411  
**Number of Variables:** 126  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC05  
**Questions:** MC05:1-13, 88

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL03		Número de la boleta	F4
TIPO03		Tipo del archivo (= 03)	F2
ORDEN03		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
TOTAL1		* Temporary data entry variable *	F8
TOATL2		* Temporary data entry variable *	F8
TOTAL3		* Temporary data entry variable *	F8
VIVIENDA	MC01/a.x	Número de la vivienda (old name P03A1)	F3
DEPT	MC01/a.x	Departamento (old name P03A2)	F2
MUNIC	MC01/a.x	Municipio (old name P03A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a.x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P03A4)	F2
REGION	MC01/a.x	Región de Salud No. (old name P03A5)	F1
AREA	MC01/a.x	Area de Salud No. (old name P03A6)	F2
GRUPOX	MC01/a.x	Grupo (old name P03A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a.x	Grupo from BON02.SAV	F1
P03A8	MC01/a.x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P03A9	MC01/a.x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P03A10	MC01/a.x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P03A11	MC01/a.x	Resultado de la entrevista	F1
P03A12	MC01/a.x	Nombre de la encuestadora	F2
P03A13	MC01/a.x	Nombre de la codificadora	F2



File: BON03.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P03A14	MC05/a:1.1	En el hogar (Semana)	F7
P03A15	MC05/a:1.1	En el hogar (Mes)	F7
P03A16	MC05/a:1.1	En el hogar (Año)	F7
P03A17	MC05/a:1.2	Fuera del hogar (Semana)	F7
P03A18	MC05/a:1.2	Fuera del hogar (Mes)	F7
P03A19	MC05/a:1.2	Fuera del hogar (Año)	F7
P03A20	MC05/a:1.3	Leche en polvo (Semana)	F7
P03A21	MC05/a:1.3	Leche en polvo (Mes)	F7
P03A22	MC05/a:1.3	Leche en polvo (Semana)	F7
P03A23	MC05/a:2.1	Alquiler por vivienda (Mes)	F7
P03A24	MC05/a:2.1	Alquiler por vivienda (Año)	F7
P03A25	MC05/a:2.2	Pagos a plazo fijo por vivienda (Mes)	F7
P03A26	MC05/a:2.2	Pagos a plazo fijo por vivienda (Año)	F7
P03A27	MC05/a:2.3	Alquiler imputado vivienda propia/cedida (Mes)	F7
P03A28	MC05/a:2.3	Alquiler imputado vivienda propia/cedida (Año)	F7
P03A29	MC05/a:2.4	Electricidad (Mes)	F7
P03A30	MC05/a:2.5	Combustible para alumbrarse (Semana)	F7
P03A31	MC05/a:2.5	Combustible para alumbrarse (Mes)	F7
P03A32	MC05/a:2.5	Combustible para alumbrarse (Año)	F7
P03A33	MC05/a:2.6	Combustible para cocinar (Semana)	F7
P03A34	MC05/a:2.6	Combustible para cocinar (Mes)	F7
P03A35	MC05/a:2.6	Combustible para cocinar (Año)	F7
P03A36	MC05/a:2.6.1	Leña tomada libremente (Semana)	F7
P03A37	MC05/a:2.6.1	Leña tomada libremente (Mes)	F7
P03A38	MC05/a:2.6.1	Leña tomada libremente (Año)	F7
P03A39	MC05/a:2.7	Agua (Semana)	F7
P03A40	MC05/a:2.7	Agua (Mes)	F7
P03A41	MC05/a:2.7	Agua (Año)	F7
P03A42	MC05/a:2.8	Tren de Aseo (Semana)	F7
P03A43	MC05/a:2.8	Tren de Aseo (Mes)	F7

33

File: BON03.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P03A44	MC05/a:2.8	Tren de Aseo (Año)	F7
P03A45	MC05/a:2.9	Reparación y Mantenimiento (Año)	F7
P03A46	MC05/a:2.10	Teléfono (Semana)	F7
P03A47	MC05/a:2.10	Teléfono (Mes)	F7
P03A48	MC05/a:2.10	Teléfono (Año)	F7
P03A49	MC05/a:2.11	Seguros (Mes)	F7
P03A50	MC05/a:2.11	Seguros (Año)	F7
P03A51	MC05/a:2.12	Impuestos (Mes)	F7
P03A52	MC05/a:2.12	Impuestos (Año)	F7
P03A53	MC05/a:3.1	Artículos de Limpieza (Semana)	F7
P03A54	MC05/a:3.1	Artículos de Limpieza (Mes)	F7
P03A55	MC05/a:3.1	Artículos de Limpieza (Año)	F7
P03A56	MC05/a:3.2	Artículos de cocina (Semana)	F7
P03A57	MC05/a:3.2	Artículos de cocina (Mes)	F7
P03A58	MC05/a:3.3	Mobiliario y Electrodomésticos (Año)	F7
P03A59	MC05/a:3.4	Higiene Personal (Semana)	F7
P03A60	MC05/a:3.4	Higiene Personal (Mes)	F7
P03A61	MC05/a:3.4	Higiene Personal (Año)	F7
P03A62	MC05/a:4.1	Consultas (Año)	F7
P03A63	MC05/a:4.1	Medicinas (Año)	F7
P03A64	MC05/a:5.1.1	Gasolina y Aceite (Semana)	F7
P03A65	MC05/a:5.1.1	Gasolina y Aceite (Mes)	F7
P03A66	MC05/a:5.1.1	Gasolina y Aceite (Año)	F7
P03A67	MC05/a:5.1.2	Mantenimiento / Reparaciones (Mes)	F7
P03A68	MC05/a:5.1.2	Mantenimiento / Reparaciones (Año)	F7
P03A69	MC05/a:5.1.3	Cuotas por vehículos (Mes)	F7
P03A70	MC05/a:5.1.3	Cuotas por vehículos (Año)	F7
P03A71	MC05/a:5.1.4	Seguros (mes)	F7
P03A72	MC05/a:5.1.4	Seguros (año)	F7
P03A73	MC05/a:5.2	Transporte público (semana)	F7

File: BON03.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P03A74	MC05/a:5.2	Transporte público (mes)	F7
P03A75	MC05/a:5.2	Transporte público (año)	F7
P03A76	MC05/a:6.1	Adultos (mes)	F7
P03A77	MC05/a:6.1	Adultos (año)	F7
P03A78	MC05/a:6.2	Niños (mes)	F7
P03A79	MC05/a:6.2	Niños (año)	F7
P03A80	MC05/a:7.1	Vacaciones (mes)	F7
P03A81	MC05/a:7.1	Vacaciones (año)	F7
P03A82	MC05/a:7.2	Diversiones (semana)	F7
P03A83	MC05/a:7.2	Diversiones (mes)	F7
P03A84	MC05/a:7.2	Diversiones (año)	F7
P03A85	MC05/a:7.3	Alcohol, Tabaco (semana)	F7
P03A86	MC05/a:7.3	Alcohol, Tabaco (mes)	F7
P03A87	MC05/a:7.3	Alcohol, Tabaco (año)	F7
P03A88	MC05/a:7.4	Libros, Periódicos, Revistas (semana)	F7
P03A89	MC05/a:7.4	Libros, Periódicos, Revistas (semana)	F7
P03A90	MC05/a:7.4	Libros, Periódicos, Revistas (semana)	F7
P03A91	MC05/a:7.5	Cassettes, Videos, etc. (semana)	F7
P03A92	MC05/a:7.5	Cassettes, Videos, etc. (semana)	F7
P03A93	MC05/a:7.5	Cassettes, Videos, etc. (semana)	F7
P03A94	MC05/a:8.1	Matrícula (año)	F7
P03A95	MC05/a:8.2	Cuotas Mensuales (mes)	F7
P03A96	MC05/a:8.2	Cuotas Mensuales (año)	F7
P03A97	MC05/a:8.3	Libros y materiales Escolares (semana)	F7
P03A98	MC05/a:8.3	Libros y materiales Escolares (mes)	F7
P03A99	MC05/a:8.3	Libros y materiales Escolares (año)	F7
P03A100	MC05/a:9.1	Pagos en efectivo (semana)	F7
P03A101	MC05/a:9.1	Pagos en efectivo (mes)	F7
P03A102	MC05/a:9.1	Pagos en efectivo (año)	F7
P03A103	MC05/a:9.2	Valor estimado del pago en especie (semana)	F7

File: BON03.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P03A104	MC05/a:9.2	Valor estimado del pago en especie (mes)	F7
P03A105	MC05/a:9.2	Valor estimado del pago en especie (año)	F7
P03A106	MC05/a:10	Contribuciones a diversas Instituciones (semana)	F7
P03A107	MC05/a:10	Contribuciones a diversas Instituciones (mes)	F7
P03A108	MC05/a:10	Contribuciones a diversas Instituciones (año)	F7
P03A109	MC05/a:11.1	Ahorros en el año anterior (mes)	F7
P03A110	MC05/a:11.1	Ahorros en el año anterior (año)	F7
P03A111	MC05/a:12	Ayuda en efectivo a otras personas (semana)	F7
P03A112	MC05/a:12	Ayuda en efectivo a otras personas (mes)	F7
P03A113	MC05/a:12	Ayuda en efectivo a otras personas (año)	F7
P03A114	MC05/a:13	Ayuda en especie (semana)	F7
P03A115	MC05/a:13	Ayuda en especie (mes)	F7
P03A116	MC05/a:13	Ayuda en especie (año)	F7
P03A117	MC05/a:88	Otro (semana)	F7
P03A118	MC05/a:88	Otro (mes)	F7
P03A119	MC05/a:88	Otro (año)	F7

36

**File: MCHH\BON04.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Conocimientos y Uso de Servicios de Salud  
**Number of Cases:** 1,417  
**Number of Variables:** 87  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC07  
**Questions:** MC07:11-31

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL04		Número de la boleta	F4
TIPO04		Tipo del archivo (= 04)	F2
ORDEN04		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P04A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P04A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P04A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P04A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P04A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P04A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P04A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P04A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P04A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P04A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P04A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P04A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P04A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P04A14	MC07/a:x	Número de orden de Informante	F2
P04A15	MC07/a:11	En su opinión en que mes de embarazo debe unaujer ir a primer control prenatal a un centro de salud.	F2

File: BON04.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P04A16	MC07/a:12	Cuántas visitas cree usted que debe hacer una mujer al centro de salud para control del embarazo.	F2
P04A17	MC07/a:13	Al cumplir que edad el niño cree usted que debe llevarse para su primer control de crecimiento y desarrollo (Días)	F2
P04A18	MC07/a:13	Al cumplir que edad el niño cree usted que debe llevarse para su primer control de crecimiento y desarrollo (meses)	F2
P04A19	MC07/a:14	Antes de que el niño cumpla un año, cuantas veces cree usted que debe llevarse a control de niño sano (crecimiento y desarrollo)	F2
P04A20	MC07/a:15	Que cree usted que debe hacer una madre si su niño menor de 5 años tiene diarrea y además presenta los siguientes síntomas	F1
P04A21	MC07/a:16	Que cree usted que debe hacer una madre si su niño menor de 5 años tiene tos y dificultad para respirar.	F1
P04A22	MC07/a:17	Agua (días)	F2
P04A23	MC07/a:17	Agua (meses)	F2
P04A24	MC07/a:17	Otros líquidos (días)	F2
P04A25	MC07/a:17	Otros líquidos (meses)	F2
P04A26	MC07/a:17	Otras leches (días)	F2
P04A27	MC07/a:17	Otras leches (meses)	F2
P04A28	MC07/a:17	Alimentos sólidos (días)	F2
P04A29	MC07/a:17	Alimentos sólidos (meses)	F2
P04A30	MC07/a:18	A una madre que da pecho que le indica o le hace sospechar que tiene insuficiente o poca leche para alimentos a su niño.	F1
P04A31	MC07/a:19	Como aumentaria la madre su produccion de leche.	F1
P04A32	MC07/a:20	Epocas del año difícil de obtener alimentos básicos en la comunidad.	F1
P04A33	MC07/a:21	Enero	F2
P04A34	MC07/a:21	Febrero	F2
P04A35	MC07/a:21	Marzo	F2
P04A36	MC07/a:21	Abril	F2
P04A37	MC07/a:21	Mayo	F2
P04A38	MC07/a:21	Junio	F2
P04A39	MC07/a:21	Julio	F2
P04A40	MC07/a:21	Agosto	F2
P04A41	MC07/a:21	Septiembre	F2
P04A42	MC07/a:21	Octubre	F2

File: BON04.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P04A43	MC07/a:21	Noviembre	F2
P04A44	MC07/a:21	Diciembre	F2
P04A45	MC07/a:22	Para la Comunidad	F1
P04A46	MC07/a:22	Para su familia	F1
P04A47	MC07/a:23	El problema de escasez de alimentos afecta a	F1
P04A48	MC07/a:24	Todo por igual (mencionó, no mencionó)	F1
P04A49	MC07/a:24	Todo por igual (Código de Razón)	F2
P04A50	MC07/a:24	Jefe de la familia (menciono, no mencionó)	F1
P04A51	MC07/a:24	Jefe de la familia (código de razón)	F2
P04A52	MC07/a:24	Niños pequeños(mencionó, no mencionó)	F1
P04A53	MC07/a:24	Niños pequeños (Código de razón)	F2
P04A54	MC07/a:24	Mujer embarazada (mencionó, no mencionó)	F1
P04A55	MC07/a:24	Mujer embarazada(Código de razón)	F2
P04A56	MC07/a:24	Mujer lactando (mencionó, no mencionó)	F1
P04A57	MC07/a:24	Mujer lactando (código de razón)	F2
P04A58	MC07/a:24	Adolescentes (mencionó, no mencionó)	F1
P04A59	MC07/a:24	Adolescentes (código de razón)	F2
P04A60	MC07/a:24	Ancianos (mencionó, no mencionó)	F1
P04A61	MC07/a:24	Ancianos (código de razón)	F2
P04A62	MC07/a:24	Otro (mencionó, no mencionó)	F1
P04A63	MC07/a:24	Otro (código de razón)	F2
P04A64	MC07/a:25	Hombres adultos	F1
P04A65	MC07/a:25	Mujeres adultas	F1
P04A66	MC07/a:25	Niños	F1
P04A67	MC07/a:25	Mujeres embarazadas	F1
P04A68	MC07/a:25	Mujeres lactando	F1
P04A69	MC07/a:25	Los ancianos	F1
P04A70	MC07/a:25	Todos por igual	F1
P04A71	MC07/a:25	Otros	F1
P04A72	MC07/a:26	Juegan menos	F1

File: BON04.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P04A73	MC07/a:26	Se desnutre	F1
P04A74	MC07/a:26	Se reduce/retrasa el crecimiento físico	F1
P04A75	MC07/a:26	Afecta el desarrollo mental/no aprende en la escuela.	F1
P04A76	MC07/a:26	Enfermizo/se enferma fácilmente	F1
P04A77	MC07/a:26	Otros	F1
P04A78	MC07/a:26	No sabe/no contesta	F1
P04A79	MC07/a:27	Cuándo su niño tiene diarrea,usted le sigue dando el pecho o se lo suspende?	F1
P04A80	MC07/a:28	Cuándo su niño tiene diarrea, usted	F1
P04A81	MC07/a:29	Cuando su niño tiene diarrea, usted	F1
P04A82	MC07/a:30	Cuando su niño tiene diarrea, usted	F1
P04A83	MC07/a:31	Después que su niño ha tenido diarrea, usted	F1

410



# File: MCHHBON05.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Uso de Servicios de Salud  
**Number of Cases:** 1,414  
**Number of Variables:** 124  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC07  
**Questions:** MC07:32-56, 88

---

## Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL05		Número de la boleta	F4
TIPO05		Tipo del archivo (= 05)	F2
ORDEN05		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P05A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P05A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P05A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P05A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P05A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P05A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P05A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P05A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P05A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P05A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P05A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P05A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P05A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P05A14	MC07/b:32	Vacuna, Hospital MSP	F2
P05A15	MC07/b:32	Vacuna, Hospital IHSS	F2
P05A16	MC07/b:32	Vacuna, CESAMO	F2

File: BON05.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P05A17	MC07/b:32	Vacuna, CESAR	F2
P05A18	MC07/b:32	Vacuna, Servicios Privados	F2
P05A19	MC07/b:32	Vacuna, Partera	F2
P05A20	MC07/b:32	Vacuna, Otro	F2
P05A21	MC07/b:32	Vacuna, No sabe, no contesta	F2
P05A22	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), Hospital MSP	F2
P05A23	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), Hospital IHSS	F2
P05A24	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), CESAMO	F2
P05A25	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), CESAR	F2
P05A26	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A27	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), PARTERA	F2
P05A28	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), OTRO	F2
P05A29	MC07/b:32	Control de crecimiento y desarrollo (niños), NO SABE	F2
P05A30	MC07/b:32	Niño Enfermo, Hospital MSP	F2
P05A31	MC07/b:32	Niño Enfermo, Hospital IHSS	F2
P05A32	MC07/b:32	Niño enfermo, CESAMO	F2
P05A33	MC07/b:32	Niño enfermo, CESAR	F2
P05A34	MC07/b:32	Niño enfermo, SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A35	MC07/b:32	Niño enfermo, PARTERA	F2
P05A36	MC07/b:32	Niño enfermo, OTRO	F2
P05A37	MC07/b:32	Niño enfermo, NO SABE	F2
P05A38	MC07/b:32	Adultos Enfermos, Hospital MSP	F2
P05A39	MC07/b:32	Adultos Enfermos, Hospital IHSS	F2
P05A40	MC07/b:32	Adultos Enfermos, CESAMO	F2
P05A41	MC07/b:32	Adultos Enfermos, CESAR	F2
P05A42	MC07/b:32	Adultos Enfermos, SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A43	MC07/b:32	Adultos Enfermos, PARTERA	F2
P05A44	MC07/b:32	Adultos Enfermos, OTRO	F2
P05A45	MC07/b:32	Adultos Enfermos, NO SABE	F2
P05A46	MC07/b:32	Control Prenatal, Hospital MSP	F2

**File: BON05.SAV, continued**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
P05A47	MC07/b:32	Control Prenatal, Hospital IHSS	F2
P05A48	MC07/b:32	Control Prenatal, CESAMO	F2
P05A49	MC07/b:32	Adultos Enfermos, CESAR	F2
P05A50	MC07/b:32	Control Prenatal, SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A51	MC07/b:32	Control Prenatal, PARTERA	F2
P05A52	MC07/b:32	Control Prenatal, OTRO	F2
P05A53	MC07/b:32	Control Prenatal, NO SABE	F2
P05A54	MC07/b:32	Parto, Hospital MSP	F2
P05A55	MC07/b:32	Parto, Hospital IHSS	F2
P05A56	MC07/b:32	Parto, CESAMO	F2
P05A57	MC07/b:32	Parto, CESAR	F2
P05A58	MC07/b:32	Parto, SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A59	MC07/b:32	Parto, PARTERA	F2
P05A60	MC07/b:32	Parto, OTRO	F2
P05A61	MC07/b:32	Parto, NO SABE	F2
P05A62	MC07/b:32	Control Post-Parto, Hospital MSP	F2
P05A63	MC07/b:32	Control Post-Parto, Hospital IHSS	F2
P05A64	MC07/b:32	Parto, CESAMO	F2
P05A65	MC07/b:32	Parto, CESAR	F2
P05A66	MC07/b:32	Parto, SERVICIOS PRIVADOS	F2
P05A67	MC07/b:32	Parto, PARTERA	F2
P05A68	MC07/b:32	Parto, OTRO	F2
P05A69	MC07/b:32	Parto, NO SABE	F2
P05A70	MC07/b:32	Planificación Familiar, Hospital MSP	F2
P05A71	MC07/b:32	Planificación Familiar, Hospital IHSS	F2
P05A72	MC07/b:32	Planificación Familiar, CESAMO	F2
P05A73	MC07/b:32	Planificación Familiar, CESAR	F2
P05A74	MC07/b:32	Planificación Familiar, Servicios Privados	F2
P05A75	MC07/b:32	Planificación Familiar, Partera	F2
P05A76	MC07/b:32	Planificación Familiar, Otro	F2

File: BON05.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P05A77	MC07/b:32	Planificación Familiar, No sabe	F2
P05A78	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), Hospital MSP	F2
P05A79	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), Hospital IHSS	F2
P05A80	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), CESAMO	F2
P05A81	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), CESAR	F2
P05A82	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), Servicios Privados	F2
P05A83	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), Partera	F2
P05A84	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), Otro	F2
P05A85	MC07/b:32	No. de Bonos (BMI), No sabe	F2
P05A86	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), Hospital MSP	F2
P05A87	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), Hospital IHSS	F2
P05A88	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), CESAMO	F2
P05A89	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), CESAR	F2
P05A90	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), Servicios Públicos	F2
P05A91	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), Partera	F2
P05A92	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), Otro	F2
P05A93	MC07/b:32	Alimentos (Raciones), No sabe	F2
P05A94	MC07/b:33	Está embarazada ahora?	F1
P05A95	MC07/b:34	No. de Id. del niño/a	F2
P05A96	MC07/b:35	Este niño(a) vive aquí con la familia?	F1
P05A97	MC07/b:36	Porqué no vive con la familia?	F1
P05A98	MC07/b:37	Fué a consulta o control prenatal	F1
P05A99	MC07/b:38	A donde fué para su primera consulta o control prenatal?	F1
P05A100	MC07/b:39	Recibí o recibió Ud. bonos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?	F1
P05A101	MC07/b:40	Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando fue a la primera consulta prenatal?	F2
P05A102	MC07/b:41	A cuántas consultas o controles prenatales fue?	F2
P05A103	MC07/b:42	Durante estas consultas alguien le habló sobre planificación familiar?	F1
P05A104	MC07/b:43	Visitó a una partera durante su embarazo?	F1
P05A105	MC07/b:44	Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a la primera visita con la partera?	F2
P05A106	MC07/b:45	Cuántas veces visitó a la partera durante su embarazo?	F2

File: BON05.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P05A107	MC07/b:46	Visitó Ud. un servicio de salud, médico, o partera para control post-parto después de su último parto?	F1
P05A108	MC07/b:47	A los cuántos días?	F2
P05A109	MC07/b:48	A donde fue para este control?	F1
P05A110	MC07/b:49	Recibe Ud. bonos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?	F1
P05A111	MC07/b:50	Después de nacer el niño, lo/la llevó al médico o centro de salud?	F1
P05A112	MC07/b:51	Cuántos días, semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?, días	F2
P05A113	MC07/b:51	Cuántos días, semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?, semanas	F2
P05A114	MC07/b:51	Cuántos días, semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?, meses	F2
P05A115	MC07/b:52	A donde lo/la llevó?	F1
P05A116	MC07/b:53	Recibe Ud. bonos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?	F1
P05A117	MC07/b:56.a	Estaba enfermo/a	F1
P05A118	MC07/b:56.b	Niño sano (control de crecimiento)	F1
P05A119	MC07/b:56.c	Vacunas	F1
P05A120	MC07/b:88	Otros (especifique)	F1

## File: MCHH\BON06.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Morbilidad y Antropometria  
**Number of Cases:** 2,429  
**Number of Variables:** 34  
**Data level:** Niño  
**Key variables:** NUMBOL, P06A14  
**Questionnaire:** MC08  
**Questions:** MC08:1-16

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL06		Número de la boleta	F4
TIPO06		Tipo del archivo (= 06)	F2
ORDEN06		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
LINEAS6		Número de líneas	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P06A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P06A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P06A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P06A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P06A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P06A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P06A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P06A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P06A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P06A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P06A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P06A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P06A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P06A14	MC08:1	No. de orden del niño	F2
P06A15	MC08:2	Fecha de nacimiento	F6

File: BON06.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P06A16	MC08:3	Fecha en que se pesó el niño.	F6
P06A17	MC08:4	Tiene diarrea hoy? 1 Sí 2 No 9 No sabe	F1
P06A18	MC08:5	Ha tenido diarrea en los últimos 15 días? 1 Sí 2 No --> Pase a 11 9 No sabe/No recuerda --> Pase a 11	F1
P06A19	MC08:6	Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea	F2
P06A20	MC08:7	Esta diarrea era con moco o sangre? 1 Sangre 2 Moco 3 Ambos 4 Ninguna	F1
P06A21	MC08:8	Tuvo vómitos, fiebre alta? 1 Vómitos 2 Fiebre alta 3 Ambos 4 Ninguna	F1
P06A22	MC08:9	Usa Litrosol? 1 Sí 2 No 9 No sabe/No recuerda	F1
P06A23	MC08:10	Consultó a alguien durante esa diarrea? 1 Nadie, ninguno 2 CESAMO 3 CESAR 4 Hospital MSP/IHSS 8 Otro (especifique)	F1
P06A24	MC08:11	En los últimos 15 días su niño ha tenido tos, dificultad para respirar 1 Sí 2 No -->Pase a 15 9 No sabe/No recuerda -->Pase a 15	F1
P06A25	MC08:12	Tenía tiraje 1 Sí 2 No	F1

File: BON06.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P06A26	MC08:13	Tenía respiración mas rapida, fiebre alta? 1 Respiración más rápida 2 Fiebre alta 3 Ambos 4 Ninguna	F1
P06A27	MC08:14	Consultó a alguien durante este problema 1 Nadie, ninguno 2 CESAMO 3 CESAR 4 Hospital MSP/IHSS 8 Otro (especifique)	F1
P06A28	MC08:15	Peso actual en kilos 99.9 No se pesó	F3
P06A29	MC08:16	Talla en centímetros 999.9 No se midió	F5

48



**File: MCHHBON07.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Beneficiarios de Raciones, Bonos y Lactarios, Información Sobre Raciones  
**Number of Cases:** 1,414  
**Number of Variables:** 235  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC06  
**Questions:** MC06:56-89

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL07		Número de la boleta	F4
TIPO07		Tipo del archivo (= 07)	F2
ORDEN07		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P07A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P07A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P07A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P07A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P07A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P07A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P07A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P07A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P07A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P07A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P07A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P07A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P07A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P07A14	MC06:x	No. de orden del Informante	F2
P07A15	MC06:56	Alguién en su casa recibe raciones de alimentos en el Centro de Salud?	F1
P07A16	MC06:57	Hace cuanto tiempo recibe estas raciones? Año	F2

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A17	MC06:57	Hace cuanto tiempo recibe estas raciones? Meses	F2
P07A18	MC06:58	Nombre, No. de orden	F2
P07A19	MC06:58	Nombre, No. de orden	F2
P07A20	MC06:58	Nombre, No. de orden	F2
P07A21	MC06:58	Nombre, No. de orden	F2
P07A22	MC06:58	Nombre, No. de orden	F2
P07A23	MC06:59	No. de Personas	F2
P07A24	MC06:59a.	Estas personas son,	F1
P07A25	MC06:59b.	Días	F2
P07A26	MC06:59b.	Semanas	F2
P07A27	MC06:59b.	Meses	F2
P07A28	MC06:59c.	Quién dcide sobre cómo se utilizan los alimentos recibidos.	F1
P07A29	MC06:60	Meses	F2
P07A30	MC06:60	Semanas	F2
P07A31	MC06:60	Día (00=hoy)	F2
P07A32	MC06:61	Arroz. Si	F1
P07A33	MC06:61	Arroz. Libras	F6
P07A34	MC06:61	Arroz. Onzas	F6
P07A35	MC06:61	Harina de Trigo. Si	F1
P07A36	MC06:61	Harina de Trigo. Libras	F6
P07A37	MC06:61	Harina de Trigo. Onzas	F6
P07A38	MC06:61	Frijoles. Si	F1
P07A39	MC06:61	Frijoles. Libras	F6
P07A40	MC06:61	Frijoles. Onzas	F6
P07A41	MC06:61	Aceite. Si	F1
P07A42	MC06:61	Aceite. Libras	F6
P07A43	MC06:61	Aceite. Onzas	F6
P07A44	MC06:61	Azúcar. Si	F1
P07A45	MC06:61	Azúcar. Libras	F6
P07A46	MC06:61	Azúcar. Onzas	F6

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A47	MC06:61	Maíz. Si	F1
P07A48	MC06:61	Maíz. Libras	F6
P07A49	MC06:61	Maíz. Onzas	F6
P07A50	MC06:61	Leche. Si	F1
P07A51	MC06:61	Leche. Libras	F6
P07A52	MC06:61	Leche. Onzas	F6
P07A53	MC06:61	Otro. Si	F1
P07A54	MC06:61	Otro. Libras	F6
P07A55	MC06:61	Otro. Onzas	F6
P07A56	MC06:62	Arroz. Si	F1
P07A57	MC06:62	Arroz. Libras	F6
P07A58	MC06:62	Arroz. Onzas	F6
P07A59	MC06:62	Harina de Trigo. Si	F1
P07A60	MC06:62	Harina de Trigo. Libras	F6
P07A61	MC06:62	Harina de Trigo. Onzas	F6
P07A62	MC06:62	Frijoles. Si	F1
P07A63	MC06:62	Frijoles. Libras	F6
P07A64	MC06:62	Frijoles. Onzas	F6
P07A65	MC06:62	Aceite. Si	F1
P07A66	MC06:62	Aceite. Libras	F6
P07A67	MC06:62	Aceite. Onzas	F6
P07A68	MC06:62	Azúcar. Si	F1
P07A69	MC06:62	Azúcar. Libras	F6
P07A70	MC06:62	Azúcar. Onzas	F6
P07A71	MC06:62	Maíz. Si	F1
P07A72	MC06:62	Maíz. Libras	F6
P07A73	MC06:62	Maíz. Onzas	F6
P07A74	MC06:62	Leche. Si	F1
P07A75	MC06:62	Lenche Libras	F6
P07A76	MC06:62	Leche Onzas	F6

51

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A77	MC06:62	Otros. Si	F1
P07A78	MC06:62	Otros Libras	F6
P07A79	MC06:62	Otros Onzas	F6
P07A80	MC06:63	Usted reciben la misma cantidad cada mes?	F1
P07A81	MC06:64	Arroz	F1
P07A82	MC06:64	Harina de trigo	F1
P07A83	MC06:64	Frijoles	F1
P07A84	MC06:64	Aceite	F1
P07A85	MC06:64	Azucar	F1
P07A86	MC06:64	Maiz	F1
P07A87	MC06:64	Leche	F1
P07A88	MC06:64.a	En los ultimos meses, cuantos meses no recibe alimentos	F2
P07A89	MC06:64.b	Porque no recibio alimentos,	F1
P07A90	MC06:65	Les cobran alguna cuota por recibir los alimentos ?	F1
P07A91	MC06:66	Lps. por	F6
P07A92	MC06:66	Beneficiarios	F2
P07A93	MC06:67	Arroz. (Menciono)	F1
P07A94	MC06:67	Arroz. (Código de razon)	F1
P07A95	MC06:67	Harina de trigo. (Menciono)	F1
P07A96	MC06:67	Harina de trigo. (Código de razon)	F1
P07A97	MC06:67	Frijoles. (Menciono)	F1
P07A98	MC06:67	Frijoles. (código de razon)	F1
P07A99	MC06:67	Aceite. (Menciono)	F1
P07A100	MC06:67	Aceite. (código de razon)	F1
P07A101	MC06:67	Azucar. (Menciono)	F1
P07A102	MC06:67	Azucar. (Código de razon)	F1
P07A103	MC06:67	Maiz. (Menciono)	F1
P07A104	MC06:67	Maiz. (Código de razon)	F1
P07A105	MC06:67	Leche. (Menciono)	F1
P07A106	MC06:67	Leche. (Código de razon)	F1

52

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A107	MC06:67	Cereal (CSB). (Menciona)	F1
P07A108	MC06:67	Cereal (CSB). (Código de razon)	F1
P07A109	MC06:67	Otro. (Menciona)	F1
P07A110	MC06:67	Otro. (Código de razon)	F1
P07A111	MC06:68	En el empaque de los alimentos. [1= Si, 2= No]	F1
P07A112	MC06:68	En el empaque de los alimentos. Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A113	MC06:68	En el empaque de los alimentos. Horas por vez	F2
P07A114	MC06:68	En el empaque de los alimentos. Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A115	MC06:68	En el empaque de los alimentos. Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A116	MC06:68	Transportar al centro los alimentos [1 = Si, 2 = No]	F1
P07A117	MC06:68	Transportar al centro los alimentos Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A118	MC06:68	Transportar al centro los alimentos Horas por vez	F2
P07A119	MC06:68	Transportar al centro los alimentos Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A120	MC06:68	Transportar al centro los alimentos Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A121	MC06:68	Repartir alimentos 1= Si, 2= No	F1
P07A122	MC06:68	Repartir alimentos Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A123	MC06:68	Repartir alimentos Horas por vez	F2
P07A124	MC06:68	Repartir alimentos Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A125	MC06:68	Repartir alimentos Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A126	MC06:68	Mantenimiento bodega 1= Si, 2= No	F1
P07A127	MC06:68	Mantenimiento bodega Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A128	MC06:68	Mantenimiento bodega Horas por vez	F2
P07A129	MC06:68	Mantenimiento bodega Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A130	MC06:68	Mantenimiento bodega Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A131	MC06:68	Limpiar el centro de salud 1= Si, 2= No	F1
P07A132	MC06:68	Limpiar el centro de salud Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A133	MC06:68	Limpiar el centro de salud Horas por vez	F2
P07A134	MC06:68	Limpiar el centro de salud Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A135	MC06:68	Limpiar el centro de salud Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A136	MC06:68	Otros 1= Si, 2= No	F1

53

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A137	MC06:68	Otros Quien lo hace (# de orden)	F2
P07A138	MC06:68	Otros Horas por vez	F2
P07A139	MC06:68	Otros Veces por mes (Frecuencia)	F2
P07A140	MC06:68	Otros Meses por año (Frecuencia)	F2
P07A141	MC06:69	Comida en mal estado	F1
P07A142	MC06:69	Retrasos en la entrega de los alimentos	F1
P07A143	MC06:69	Tener que portar una cuota en efectivo	F1
P07A144	MC06:69	Ninguno	F1
P07A145	MC06:69	Otro (Especifique)	F1
P07A146	MC06:70	Ayuda económica	F1
P07A147	MC06:70	Mejora la salud del niño	F1
P07A148	MC06:70	Mejora el peso del niño	F1
P07A149	MC06:70	Mejora frecuencia en el control del niño	F1
P07A150	MC06:70	Otro (especifique)	F1
P07A151	MC06:71.1	1.1 Mas conveniente	F1
P07A152	MC06:71	1.2 Bajo su propio control	F1
P07A153	MC06:71	1.3 No es necesario ir tanto a la pulperia	F1
P07A154	MC06:71	1.4 Los alimentos donados son de calidad mas alta	F1
P07A155	MC06:71	1.5 Nadie me los quita	F1
P07A156	MC06:71	1.8 Otro.	F1
P07A157	MC06:71	1.9 No sabe/No contesta	F1
P07A158	MC06:71.2	2.1 Más conveniente	F1
P07A159	MC06:71	2.2 Bajo su propio control	F1
P07A160	MC06:71	2.3 No hay problema para transportar los alimentos	F1
P07A161	MC06:71	2.4 Ella puede comprar lo que quiera	F1
P07A162	MC06:71	2.8 Otro	F1
P07A163	MC06:71	2.9 No sabe/No contesta	F1
P07A164	MC06:72	1. Encuestador(a) No. de orden	F2
P07A165	MC06:72	8. Otro No. de orden	F2
P07A166	MC06:73	Cuando usted recogio las raciones la ultima vez, recibio otros servicios o consultas durante la misma visita.	F1

24

File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A167	MC06:74	Control prenatal	F1
P07A168	MC06:74	Control post parto	F1
P07A169	MC06:74	Enfermedad propia	F1
P07A170	MC06:74	Control de crecimiento y desarrollo del niño	F1
P07A171	MC06:74	Si afirmativo para cuantos niños	F2
P07A172	MC06:74	Consulta por niño enfermo	F1
P07A173	MC06:74	Consulta otro adulto enfermo	F1
P07A174	MC06:74	Vacunas	F1
P07A175	MC06:74	Planificacion familiar	F1
P07A176	MC06:74	Consejo o charlas educativas sobre, Planificacion familiar	F1
P07A177	MC06:74	Alimentación y nutrición	F1
P07A178	MC06:74	Rehidratación oral (Litrosol)	F1
P07A179	MC06:74	Cuidados del niño enfermo	F1
P07A180	MC06:74	Otro	F1
P07A181	MC06:75.a	Horas	F2
P07A182	MC06:75.a	Mins.	F2
P07A183	MC06:75.b	Horas	F2
P07A184	MC06:75.b	Mins.	F2
P07A185	MC06:76	Sintió que el tiempo pasado en el centro fue,	F1
P07A186	MC06:77	1. A pie	F1
P07A187	MC06:77	2. Bestia	F1
P07A188	MC06:77	3. Transporte colectivo (bus, baronesa)	F1
P07A189	MC06:77	4. Bicicleta	F1
P07A190	MC06:77	5. Carro particular	F1
P07A191	MC06:77	8. Otro (especifique)	F1
P07A192	MC06:78	Aproximadamente que distancia via-jó para llegar al centro de salud	F3
P07A193	MC06:79	Si, No	F1
P07A194	MC06:79	Cuántos ?	F2
P07A195	MC06:79	Si, No	F1
P07A196	MC06:79	Cuántos ?	F2

**File: BON07.SAV, continued**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
P07A197	MC06:79	Si, No	F1
P07A198	MC06:79	Cuántos ?	F2
P07A199	MC06:79	Si, No	F1
P07A200	MC06:79	Cuántos ?	F2
P07A201	MC06:79	Si, No	F1
P07A202	MC06:79	Cuántos ?	F2
P07A203	MC06:79	Si, No	F1
P07A204	MC06:80	Gasto dinero en transporte, comida u otro cosa para hacer este viaje?	F1
P07A205	MC06:81.a	ida...Lps.	F5
P07A206	MC06:81.a	Para cuántas personas ?	F2
P07A207	MC06:81.a	Vuelta...Lps.	F5
P07A208	MC06:81.a	Para cuántas personas ?	F2
P07A209	MC06:81.b	Comida... Lsp.	F5
P07A210	MC06:81.b	Para cuántas personas ?	F2
P07A211	MC06:81.c	Otros... Lsp.	F5
P07A212	MC06:81.c	Para cuántas personas ?	F2
P07A213	MC06:82	Dejo niños menores de 5 años en la casa	F1
P07A214	MC06:83	Quién los cuidó principalmente durante su ausencia	F1
P07A215	MC06:84	Cuándo fue al centro de salud, ademas de las labores propias del hogar dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?	F1
P07A216	MC06:85	Dejó de hacer algún trabajo pagado (incluye cuenta propia) ?	F1
P07A217	MC06:86	Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?	F1
P07A218	MC06:87	Cuánto dinero dejó de ganar por esta ausencia ?	F6
P07A219	MC06:88	Dejó de hacer algunas labores en el hogar ?	F1
P07A220	MC06:89	Cód. Actividad	F1
P07A221	MC06:89	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P07A222	MC06:89	(Si tuvo que pagar) cuánto pago?	F6
P07A223	MC06:89	Cód. Actividad	F1
P07A224	MC06:89	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P07A225	MC06:89	(Si tuvo que pagar) cuánto pago?	F6
P07A226	MC06:89	Cód. Actividad	F1



File: BON07.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P07A227	MC06:89	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P07A228	MC06:89	(Si tuvo que pagar) cuánto pago?	F6
P07A229	MC06:89	Cód. Actividad	F1
P07A230	MC06:89	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P07A231	MC06:89	(Si tuvo que pagar) cuánto pago?	F6

57

## File: MCH\BON08.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Beneficiarios de Raciones, Bonos y Lactarios, Información Referente a Bonos  
**Number of Cases:** 1,413  
**Number of Variables:** 153  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC06  
**Questions:** MC06:90-124

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL08		Número de la boleta	F4
TIPO08		Tipo del archivo (= 08)	F2
ORDEN08		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P08A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P08A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P08A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P08A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P08A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Área de Salud No. (old name P08A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P08A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P08A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P08A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P08A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P08A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P08A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P08A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P08A14	MC06:90	Alguién en su casa recibe el bono materno infantil del centro de salud	F1
P08A15	MC06:91	No. de orden	F2
P08A16	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1993	F2

58

File: BON08.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P08A17	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1994	F2
P08A18	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1993	F2
P08A19	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1994	F2
P08A20	MC06:91	No. de orden	F2
P08A21	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1993	F2
P08A22	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1994	F2
P08A23	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1993	F2
P08A24	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1994	F2
P08A25	MC06:91	No. de orden	F2
P08A26	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1993	F2
P08A27	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1994	F2
P08A28	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1993	F2
P08A29	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1994	F2
P08A30	MC06:91	No. de orden	F2
P08A31	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1993	F2
P08A32	MC06:91	No. de entregas que han recibido 1994	F2
P08A33	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1993	F2
P08A34	MC06:91	No. de bonos que ha recibido 1994	F2
P08A35	MC06:92	Día	F2
P08A36	MC06:92	Mes	F2
P08A37	MC06:92	Año	F2
P08A38	MC06:93	Día	F2
P08A39	MC06:93	Mes	F2
P08A40	MC06:93	Año	F2
P08A41	MC06:94	En 1993, siempre recibió la cantidad de bonos que usted tenía derecho a recibir?	F1
P08A42	MC06:95	Mes	F2
P08A43	MC06:96	1. No estaba inscrito todavía	F1
P08A44	MC06:96	2. Se les acabaron los bonos	F1
P08A45	MC06:96	3. No cumplió con las visitas al centro de salud	F1
P08A46	MC06:96	4. Se suspendió la entrega	F1

File: BON08.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P08A47	MC06:96	5. Cambió la política	F1
P08A48	MC06:96	8. Otro	F1
P08A49	MC06:96	9. No sabe/no contesta	F1
P08A50	MC06:97	La última vez que recibió bonos, los cambio en efectivo (una parte o todos)?	F1
P08A51	MC06:98	A dónde o quién le cambió los bonos?	F1
P08A52	MC06:99	Si	F1
P08A53	MC06:99	Cuanto?. Lsp.	F5
P08A54	MC06:99	Por___bono(s)	F2
P08A55	MC06:100	Donde los cambio?	F1
P08A56	MC06:100.a	La ultima vez que recibió bonos compró directamente con ellos?	F1
P08A57	MC06:100.b	Dónde compró con el bono?	F1
P08A58	MC06:101	En qué tipo de establecimiento?	F1
P08A59	MC06:102	Por haber comprado con los bonos, sintio ud. que los precios fueron,	F1
P08A60	MC06:103	Si	F1
P08A61	MC06:103	Cuanto?	F5
P08A62	MC06:103	Por. bono(s)	F2
P08A63	MC06:103.a	Quién decide cómo se utilizan los bonos?	F1
P08A64	MC06:104.1	1. Más conveniente	F1
P08A65	MC06:104	2. Bajo de su propio control	F1
P08A66	MC06:104	3. No es necesario ir a la pulperia tanto	F1
P08A67	MC06:104	4. Los alimentos donados son de una calidad más alta	F1
P08A68	MC06:104	5. Nadie me los quita	F1
P08A69	MC06:104	8. Otro	F1
P08A70	MC06:104	9. No sabe/No contesta	F1
P08A71	MC06:104.2	1. Más conveniente	F1
P08A72	MC06:104	2. Bajo de su propio control	F1
P08A73	MC06:104	3. Ella puede comprar lo que quiera	F1
P08A74	MC06:104	8. Otro	F1
P08A75	MC06:104	9. No sabe/No contesta	F1
P08A76	MC06:104	9. No sabe/No contesta	F1

File: BON08.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P08A77	MC06:105	1. Encuestado(a). No. de orden	F2
P08A78	MC06:105	2. Otro. No. de orden	F2
P08A79	MC06:106	a) Meses	F2
P08A80	MC06:106	b) Semanas	F2
P08A81	MC06:107	Cuántos bonos recogió la última vez?	F2
P08A82	MC06:108	Cuando usted fue a recoger los bonos la última vez, recibió otros servicios o consultas durante la visita?	F1
P08A83	MC06:109	1. Control prenatal	F1
P08A84	MC06:109	2. Control post-parto	F1
P08A85	MC06:109	3. Enfermedad propia	F1
P08A86	MC06:109	4. Control de crecimiento y desarrollo del niño	F1
P08A87	MC06:109	Si afirmativo, para cuantos niños?	F2
P08A88	MC06:109	5. Consulta por niño enfermo	F1
P08A89	MC06:109	6. Consulta otro adulto enfermo	F1
P08A90	MC06:109	7. Vacunas	F1
P08A91	MC06:109	8. Planificación familiar	F1
P08A92	MC06:109	9. Planificación familiar	F1
P08A93	MC06:109	10. Alimentación y nutrición	F1
P08A94	MC06:109	11. Rehidratación oral (Litrosol)	F1
P08A95	MC06:109	12. Cuidado del niños enfermo	F1
P08A96	MC06:109	88. Otro	F1
P08A97	MC06:110	Horas	F2
P08A98	MC06:110	Mins.	F2
P08A99	MC06:110	Horas	F2
P08A100	MC06:110	Mins.	F2
P08A101	MC06:111	Sintió que el tiempo pasado en el centro fue,	F1
P08A102	MC06:112	1. A pié	F1
P08A103	MC06:112	2. Bestia	F1
P08A104	MC06:112	3. Transporte colectivo (bus,baronesa)	F1
P08A105	MC06:112	4. Bicicleta	F1
P08A106	MC06:112	5. Carro particular	F1

File: BON08.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P08A107	MC06:112	6. Otro (especifique)	F1
P08A108	MC06:113	Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al centro de salud?	F3
P08A109	MC06:114	a. Esposo	F1
P08A110	MC06:114	b. Niños < de 5 años ... Cuántos?	F2
P08A111	MC06:114	Si, No	F1
P08A112	MC06:114	c. Niños de 6-11 años....Cuántos?	F2
P08A113	MC06:114	Si, No	F1
P08A114	MC06:114	d. Niños de 12 años o mayor Cuántos?	F2
P08A115	MC06:114	Si, No	F1
P08A116	MC06:114	e. Amigo(a)....Cuántos?	F2
P08A117	MC06:114	Si, No	F1
P08A118	MC06:114	f. Otro (especifique)...Cuántos?	F2
P08A119	MC06:114	Si, No	F1
P08A120	MC06:115	Gastó dinero en transporte, comida u otra cosa para hacer este viaje?	F1
P08A121	MC06:116.a	Transporte Ida...Lps.	F5
P08A122	MC06:116	Para cuántas personas?	F2
P08A123	MC06:116	Transporte Vuelta...Lps.	F5
P08124	F2		
P08125	F5		
P08A124?	MC06:116	Para cuántas personas?	F2
P08A125?	MC06:116.b	Comida...Lps.	F5
P08A126	MC06:116	Para cuántas personas?	F2
P08A127	MC06:116.c	Otros...Lps.	F5
P08A128	MC06:116	Para cuántas personas?	F2
P08A129	MC06:117	Dejó alguno de sus niños menores de 5 años en la casa?	F1
P08A130	MC06:118	Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?	F1
P08A131	MC06:119	Cuándo fue al centro de salud, además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?	F1
P08A132	MC06:120	Dejó de hacer algún trabajo pagado (incluye cuenta propia)?	F1
P08A133	MC06:121	Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?	F1
P08A134	MC06:122	Cuánto dinero dejó de ganar por esa ausencia?	F6

62

File: BON08.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P08A135	MC06:123	Dejó de hacer algunas labores en el hogar?	F1
P08A136	MC06:124	Cód. Actividad	F1
P08A137	MC06:124	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P08A138	MC06:124	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P08A139	MC06:124	Cód. Actividad	F1
P08A140	MC06:124	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P08A141	MC06:124	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P08A142	MC06:124	Cód. Actividad	F1
P08A143	MC06:124	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P08A144	MC06:124	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P08A145	MC06:124	Cód. Actividad	F1
P08A146	MC06:124	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P08A147	MC06:124	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6

## File: MCHH\BON09.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Beneficiarios de Raciones, Bonos y Lactarios, Información Referente a Lactarios

**Number of Cases:** 1,417

**Number of Variables:** 242

**Data level:** Vivienda

**Key variables:** NUMBOL

**Questionnaire:** MC06

**Questions:** MC06:125-151

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL09		Número de la boleta	F4
TIPO09		Tipo del archivo (= 09)	F2
ORDEN09		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P09A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P09A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P09A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P09A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P09A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P09A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P09A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P09A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P09A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P09A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P09A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P09A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P09A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P09A14	MC06:125	Ud. o alguno de sus niños están recibiendo alimentación en el lactario o en el CNC?	F1
P09A15	MC06:126	No. de orden	F2

64



File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A16	MC06:126	Fecha de inicio en el programa	F6
P09A17	MC06:126	No. de orden	F2
P09A18	MC06:126	Fecha de inicio en el programa	F6
P09A19	MC06:126	No. de orden	F2
P09A20	MC06:126	Fecha de inicio en el programa	F6
P09A21	MC06:126	No. de orden	F2
P09A22	MC06:126	Fecha de inicio en el programa	F6
P09A23	MC06:127	MADRE enfoque No.	F2
P09A24	MC06:127	NIÑO enfoque No.	F2
P09A25	MC06:127	Dias cada	F2
P09A26	MC06:127	(1. Semana / 2. mes)	F1
P09A27	MC06:128	Dias cada	F2
P09A28	MC06:128	(1. Semana / 2. mes)	F1
P09A29	MC06:129	a. senanas	F2
P09A30	MC06:129	b. meses	F2
P09A31	MC06:130	a. días	F2
P09A32	MC06:130	b. semanas	F2
P09A33	MC06:130	c. meses	F2
P09A34	MC06:131	1. Desayuno	F1
P09A35	MC06:131	2. Almuerzo	F1
P09A36	MC06:131	3. Cena	F1
P09A37	MC06:131	4. Merienda	F1
P09A38	MC06:132	Le cobran alguna cuota por recibir comida en el lactario o CNC?	F1
P09A39	MC06:133	Cuánto le cobran cada vez?	F6
P09A40	MC06:133.a	1= Sí, 2= No	F1
P09A41	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A42	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A43	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A44	MC06:133.a	Horas	F2
P09A45	MC06:133.a	Minutos	F2

65

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A46	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps)	F6
P09A47	MC06:133.a	Cuánto dejo de ganar cada vez (Lps)	F6
P09A48	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A49	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A50	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A51	MC06:133.a	Horas	F2
P09A52	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A53	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A54	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A55	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A56	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A57	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A58	MC06:133.a	Horas	F2
P09A59	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A60	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A61	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A62	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A63	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A64	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A65	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A66	MC06:133.a	Horas	F2
P09A67	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A68	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A69	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A70	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A71	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A72	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A73	MC06:133.a	Horas	F2
P09A74	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A75	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6

66

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A76	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A77	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A78	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A79	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A80	MC06:133.a	Horas	F2
P09A81	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A82	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A83	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A84	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A85	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A86	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A87	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A88	MC06:133.a	Horas	F2
P09A89	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A90	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A91	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A92	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A93	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A94	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A95	MC06:133.a	Horas	F2
P09A96	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A97	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A98	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A99	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A100	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A101	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A102	MC06:133.a	Horas	F2
P09A103	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A104	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A105	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A106	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A107	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A108	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A109	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A110	MC06:133.a	Horas	F2
P09A111	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A112	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A113	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A114	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A115	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A116	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A117	MC06:133.a	Horas	F2
P09A118	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A119	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A120	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A121	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A122	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A123	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A124	MC06:133.a	Horas	F2
P09A125	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A126	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A127	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A128	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A129	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A130	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A131	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A132	MC06:133.a	Horas	F2
P09A133	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A134	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A135	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6

68

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A136	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A137	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A138	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A139	MC06:133.a	Horas	F2
P09A140	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A141	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A142	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A143	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A144	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A145	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A146	MC06:133.a	Horas	F2
P09A147	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A148	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A149	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A150	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A151	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A152	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A153	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A154	MC06:133.a	Horas	F2
P09A155	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A156	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A157	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A158	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A159	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A160	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A161	MC06:133.a	Horas	F2
P09A162	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A163	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A164	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A165	MC06:133.a	# De orden por persona	F2

69

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A166	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A167	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A168	MC06:133.a	Horas	F2
P09A169	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A170	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A171	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A172	MC06:133.a	1= Si, 2= No	F1
P09A173	MC06:133.a	# De orden por persona	F2
P09A174	MC06:133.a	Veces x mes	F2
P09A175	MC06:133.a	Veces x año	F2
P09A176	MC06:133.a	Horas	F2
P09A177	MC06:133.a	Minutos	F2
P09A178	MC06:133.a	Dinero gastado cada vez (Lps.)	F6
P09A179	MC06:133.a	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps.)	F6
P09A180	MC06:134	1. Para la madre	F1
P09A181	MC06:134	2. Para los niños	F1
P09A182	MC06:134	3. Para la familia	F1
P09A183	MC06:134	4. Para la comunidad	F1
P09A184	MC06:135	De los sig. beneficios, cuál preferiría usted en vez de los Lactarios/Centros?	F1
P09A185	MC06:136	La última vez quién llevó al niño al lactario o CNC?	F2
P09A186	MC06:137	Horas	F2
P09A187	MC06:137	Minutos	F2
P09A188	MC06:137	Horas	F2
P09A189	MC06:137	Minutos	F2
P09A190	MC06:137	Horas	F2
P09A191	MC06:137	Minutos	F2
P09A192	MC06:138	Sintió que el tiempo pasado en el lactario o CNC. fue,	F1
P09A193	MC06:139	1. A pie	F1
P09A194	MC06:139	2. Bestia	F1
P09A195	MC06:139	3. Transporte colectivo (Bus, Baronesa)	F1

70

File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A196	MC06:139	4. Bicicleta	F1
P09A197	MC06:139	5. Carro particular	F1
P09A198	MC06:139	8. Otro (especifique)	F1
P09A199	MC06:140	Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al lactario o CNC.?	F3
P09A200	MC06:141	a. Esposo	F1
P09A201	MC06:141	b. Niños < de 5 años....Cuántos?	F2
P09A202	MC06:141	Si, No	F1
P09A203	MC06:141	c. Niños de 6-11 años....Cuántos?	F2
P09A204	MC06:141	Si, No	F1
P09A205	MC06:141	d. Niños de 12 años o mayor Cuántos?	F2
P09A206	MC06:141	Si, No	F1
P09A207	MC06:141	e. Amigo(a)....Cuántos?	F2
P09A208	MC06:141	Si, No	F1
P09A209	MC06:141	f. Otro (especifique)...Cuántos?	F2
P09A210	MC06:141	Si, No	F1
P09A211	MC06:142	Gastó dinero en transporte o en otra cosa para hacer este viaje?	F1
P09A212	MC06:143.a	Transporte Ida...Lps.	F5
P09A213	MC06:143	Para cuántas personas?	F2
P09A214	MC06:143	Transporte Vuelta...Lps.	F5
P09A215	MC06:143	Para cuántas personas?	F2
P09A216	MC06:143.b	Comida...Lps.	F5
P09A217	MC06:143	Para cuántas personas?	F2
P09A218	MC06:143.c	Otros...Lps.	F5
P09A219	MC06:143	Para cuántas personas?	F2
P09A220	MC06:144	Dejó alguno de sus niños menores de 5 años en la casa?	F1
P09A221	MC06:145	Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?	F1
P09A222	MC06:146	Cuándo fue al lactario o CNC, además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?	F1
P09A223	MC06:147	Dejó de hacer algún trabajo pagado? (incluyendo cuenta propia)	F1
P09A224	MC06:148	Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?	F1
P09A225	MC06:149	Cuánto dinero dejó de ganar por esa ausencia?	F6



File: BON09.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P09A226	MC06:150	Dejó de hacer algunas labores en el hogar?	F1
P09A227	MC06:151	Cód. Actividad	F1
P09A228	MC06:151	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P09A229	MC06:151	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P09A230	MC06:151	Cód. Actividad	F1
P09A231	MC06:151	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P09A232	MC06:151	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P09A233	MC06:151	Cód. Actividad	F1
P09A234	MC06:151	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P09A235	MC06:151	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P09A236	MC06:151	Cód. Actividad	F1
P09A237	MC06:151	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P09A238	MC06:151	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6

12



## File: MCHH\BON10.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Información Referente a Otros Programs  
**Number of Cases:** 1,413  
**Number of Variables:** 74  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL, ORDEN  
**Questionnaire:** MC06  
**Questions:** MC06:152-175

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL10		Número de la boleta	F4
TIPO10		Tipo del archivo (= 10)	F2
ORDEN10		Número del orden	F4
LOCAL		Codigo de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P10A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P10A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P10A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P10A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P10A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P10A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P10A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P10A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P10A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P10A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P10A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P10A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P10A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P10A14	MC06:152	Alguién en su casa recibe el bono escolar?	F1
P10A15	MC06:153	Cuántos miembros reciben el bono escolar?	F2
P10A16	MC06:154	Días	F2

File: BON10.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P10A17	MC06:154	Meses	F2
P10A18	MC06:155	Valor total de los bonos recibidos en la última entrega	F6
P10A19	MC06:156	Alguién en su casa recibe raciones de alimentos del programa PMA. A través del centro de salud?	F1
P10A20	MC06:157	Cuántos miembros reciben raciones?	F2
P10A21	MC06:158	Días	F2
P10A22	MC06:158	Meses	F2
P10A23	MC06:159	Código de Alimentos	F4
		<i>See Code Lists #6 and 7</i>	
P10A24	MC06:159	Cantidad	F7
P10A25	MC06:159	Código de Unidad de Medida	F2
		<i>See Code List #8</i>	
P10A26	MC06:159	Código de Alimentos	F4
P10A27	MC06:159	Cantidad	F7
P10A28	MC06:159	Código de Unidad de Medida	F2
P10A29	MC06:159	Código de Alimentos	F4
P10A30	MC06:159	Cantidad	F7
P10A31	MC06:159	Código de Unidad de Medida	F2
P10A32	MC06:159	Código de Alimentos	F4
P10A33	MC06:159	Cantidad	F7
P10A34	MC06:159	Código de Unidad de Medida	F2
P10A35	MC06:159	Código de Alimentos	F4
P10A36	MC06:159	Cantidad	F7
P10A37	MC06:159	Código de Unidad de Medida	F2
P10A38	MC06:160	Alguién en su casa recibe efectivo de algún programa público o privado de ayuda?	F1
P10A39	MC06:161	No. de miembros	F2
P10A40	MC06:162	Días	F2
P10A41	MC06:162	Meses	F2
P10A42	MC06:163	Valor total de la ayuda en efectivo recibida en la última entrega	F6
P10A43	MC06:164	Alguién en su casa recibe bonos de un programa público o privado de ayuda (que no sea de la escuela o del centro de salud?)	F1

File: BON10.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P10A44	MC06:165	Cuántos miembros reciben bonos de otro programa público o privado?	F2
P10A45	MC06:166	Días	F2
P10A46	MC06:166	Meses	F2
P10A47	MC06:167	Valor total de los bonos de otro programa público o privado recibidos en al última entrega	F6
P10A48	MC06:168	Alguién en su casa recibe raciones de alimentos de un programa de ayuda (que no sea del centro de salud a través de CARE o PMA)?	F1
P10A49	MC06:169	No. de miembros	F2
P10A50	MC06:170	Días	F2
P10A51	MC06:170	Meses	F2
P10A52	MC06:171	Código de alimento	F4
<i>See Code Lists #6 and 7</i>			
P10A53	MC06:171	Cantidad	F7
P10A54	MC06:171	Código de Unidad de Medida	F2
<i>See Code List #8</i>			
P10A55	MC06:171	Código de alimento	F4
P10A56	MC06:171	Cantidad	F7
P10A57	MC06:171	Código de Unidad de Medida	F2
P10A58	MC06:171	Código de alimento	F4
P10A59	MC06:171	Cantidad	F7
P10A60	MC06:171	Código de Unidad de Medida	F2
P10A61	MC06:171	Código de alimento	F4
P10A62	MC06:171	Cantidad	F7
P10A63	MC06:171	Código de Unidad de Medida	F2
P10A64	MC06:171	Código de alimento	F4
P10A65	MC06:171	Cantidad	F7
P10A66	MC06:171	Código de Unidad de Medida	F2
P10A67	MC06:172	Alguién en su casa recibe comidas preparadas de un programa público o privado (que no sea un lactario o CNC)?	F1
P10A68	MC06:173	No. de miembros	F2
P10A69	MC06:174	Alguién en su casa recibe otro tipo de ayuda de un programa público o privado?	F1
P10A70	MC06:175	No. de miembros	F2

75

# File: MCHHBON11.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Información Referente a Sevicios de Salud  
**Number of Cases:** 1,415  
**Number of Variables:** 89  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC06  
**Questions::** MC06:176-193

---

## Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL11		Número de la boleta	F4
TIPO11		Tipo del archivo (= 11)	F2
ORDEN11		Número del orden	F4
LOCAL		Codigo de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P11A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P11A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P11A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P11A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P11A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P11A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P11A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P11A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P11A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P11A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P11A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P11A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P11A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P11A14	MC06:176	a) meses	F2
P11A15	MC06:176	b) semanas	F2
P11A16	MC06:176	c) dias	F2

File: BON11.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P11A17	MC06:176	d) no visita	F2
P11A18	MC06:177	1. Control prenatal	F1
P11A19	MC06:177	2. Control post-parto	F1
P11A20	MC06:177	3. Enfermedad propia	F1
P11A21	MC06:177	4. Control de crecimiento y y desarrollo del niño	F1
P11A22	MC06:177	Si afirmativo para cuantos niños?	F2
P11A23	MC06:177	5. Consulta por niño enfermo	F1
P11A24	MC06:177	6. Consulta otro adulto enfermo	F1
P11A25	MC06:177	7. Vacunas	F1
P11A26	MC06:177	8. Planificación familiar	F1
P11A27	MC06:177	9. Planificación familiar	F1
P11A28	MC06:177	10. Alimentación y nutrición	F1
P11A29	MC06:177	11. Rehidratación oral (litrosol)	F1
P11A30	MC06:177	12. Cuidado del niño enfermo	F1
P11A31	MC06:177	13. Inscribir en el programa de bonos/alimentos	F1
P11A32	MC06:177	88. Otros	F1
P11A33	MC06:178	Le cobraron la consulta?	F1
P11A34	MC06:178	Cuántos Lps.	F5
P11A35	MC06:179.a	Solo en ida y vuelta al centro de salud (Horas)	F2
P11A36	MC06:179	Solo en ida y vuelta al centro de salud (Minutos)	F2
P11A37	MC06:179.b	Entre esperar y recibir atención? (Horas)	F2
P11A38	MC06:179	Entre esperar y recibir atención? (Minutos)	F2
P11A39	MC06:180	Sintió que el tiempo pasado en el centro fue,	F1
P11A40	MC06:181.1	A pie	F1
P11A41	MC06:181.2	Bestia	F1
P11A42	MC06:181.3	Transporte Colectivo (bus, baronesa)	F1
P11A43	MC06:181.4	Bicicleta	F1
P11A44	MC06:181.5	Carro particular	F1
P11A45	MC06:181.8	Otro (especifique)	F1
P11A46	MC06:182	Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al centro de salud?	F3

71

File: BON11.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P11A47	MC06:183.a	Esposo	F1
P11A48	MC06:183.b	Niños < de 5 años....Cuántos?	F2
P11A49	MC06:183	Si, No	F1
P11A50	MC06:183.c	Niños de 6-11 años....Cuántos?	F2
P11A51	MC06:183	Si, No	F1
P11A52	MC06:183.d	Niños de 12 años o mayor Cuántos?	F2
P11A53	MC06:183	Si, No	F1
P11A54	MC06:183.e	Amigo(a)...Cuántos?	F2
P11A55	MC06:183	Si, No	F1
P11A56	MC06:183.f	Otro (especifique)...Cuántos?	F2
P11A57	MC06:183	Si, No	F1
P11A58	MC06:184	Gastó dinero para hacer el viaje?	F1
P11A59	MC06:185.a	Transporte ida	F5
P11A60	MC06:185	Para cuántas personas?	F2
P11A61	MC06:185.a	Transporte vuelta	F5
P11A62	MC06:185	Para cuántas personas?	F2
P11A63	MC06:185.b	Comida. Lps.	F5
P11A64	MC06:185	Para cuántas personas?	F2
P11A65	MC06:185.c	Otros	F5
P11A66	MC06:185	Para cuántas personas?	F2
P11A67	MC06:186	Dejó algunos de sus niños menores de 5 años en la casa?	F1
P11A68	MC06:187	Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?	F1
P11A69	MC06:188	Cuándo fue al centro de salud además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?	F1
P11A70	MC06:189	Dejó de hacer algún trabajo pagado? (incluyendo cuenta propia)	F1
P11A71	MC06:190	Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?	F1
P11A72	MC06:191	Cuánto dinero dejó de ganar por esa ausencia?	F6
P11A73	MC06:192	Dejó de hacer algunas labores en el hogar?	F1
P11A74	MC06:193	Cód. Actividad	F1
P11A75	MC06:193	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P11A76	MC06:193	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6

File: BON11.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P11A77	MC06:193	Cód. Actividad	F1
P11A78	MC06:193	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P11A79	MC06:193	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P11A80	MC06:193	Cód. Actividad	F1
P11A81	MC06:193	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P11A82	MC06:193	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6
P11A83	MC06:193	Cód. Actividad	F1
P11A84	MC06:193	Quién la hizo por usted? (código)	F1
P11A85	MC06:193	Si tuvo que pagar cuanto pagó?	F6

**File: MCHHBON12.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Fecundidad  
**Number of Cases:** 1,358  
**Number of Variables:** 120  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:** MC09  
**Questions:** MC09:194-233

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL12		Número de la boleta	F4
TIPO12		Tipo del archivo (= 12)	F2
ORDEN12		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P12A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P12A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P12A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P12A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P12A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P12A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P12A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P12A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P12A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P12A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P12A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P12A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P12A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P12A14	MC09/a:194	Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	F1
P12A15	MC09/a:195	De los hijos o hijas que tuvo, hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	F1



File: BON12.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P12A16	MC09/a:196	Cuántas hijas (mujeres) viven con usted?	F2
P12A17	MC09/a:196	Cuántos hijos (varones) viven con usted?	F2
P12A18	MC09/a:197	Tiene Ud. alguna hija o hijo que no está viviendo con Ud?	F1
P12A19	MC09/a:198	Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.?	F2
P12A20	MC09/a:198	Cuántos hijos varones no viven con Ud.?	F2
P12A21	MC09/a:199	Alguna vez dio a luz a una niña o a niño que nació vivo pero que falleció después?	F1
P12A22	MC09/a:200	Cuántas hijas (mujeres) han muerto?	F2
P12A23	MC09/a:200	Cuántos hijos (varones) han muerto?	F2
P12A24	MC09/a:201	Anote el total de hijos nacidos vivos	F2
P12A25	MC09/a:202	Quisiera asegurarme que tengo la informacion correcta; Ud. tuvo un total de hijos nacidos vivos?	F2
P12A26	MC09/a:203	Esta Ud. embarazada actualmente?	F2
P12A27	MC09/a:204	En qué mes de embarazo está?	F2
P12A28	MC09/a:205	Cuándo Ud. quedó embarazada. Quería el embarazo?	F1
P12A29	MC09/a:206	Habia tratado de alguna manera de postergar o evitar el embarazo actual?	F1
P12A30	MC09/a:207	Pildora/Pastilla.....1	F2
P12A31	MC09/a:207	Anillo o Dispositivo.....2	F2
P12A32	MC09/a:207	Inyecciones.....3	F2
P12A33	MC09/a:207	Diafragma.....4	F2
P12A34	MC09/a:207	Preservativo/Condon.....5	F2
P12A35	MC09/a:207	Esterilización femenina.....6	F2
P12A36	MC09/a:207	Esterilización masculina.....7	F2
P12A37	MC09/a:207	Ritmo (Astinencia periódica por Calendario.....8	F2
P12A38	MC09/a:207	Billins (Astinencia periódica por Moco Cervical.....9	F2
P12A39	MC09/a:207	Temperatura basal (Astinencia periódica por Temperatura/Cintotermica.....10	F2
P12A40	MC09/a:207	Retiro.....11	F2
P12A41	MC09/a:207	Lactancia materna.....12	F2
P12A42	MC09/a:207	Otro (Especifique).....88	F2
P12A43	MC09/a:208	Cuándo Ud. quedó embarazada la ultima vez. Quería el embarazo?	F1
P12A44	MC09/a:209	Como terminó su último embarazo?	F1
P12A45	MC09/a:210.a	Está viviendo el hijo todavía?	F1

File: BON12.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P12A46	MC09/a:210.b	NUMERO DE ORDEN EN LA LISTA DE HOGAR-MC02/a	F2
P12A47	MC09/a:211	Cuándo termino el último embarazo? Mes	F2
P12A48	MC09/a:211	Cuándo terminó el último embarazo? Año	F2
P12A49	MC09/a:212	Quisiera usted tener (otro) hijo o preferiria no tener (más) hijos?	F1
P12A50	MC09/a:213	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo? (MESES...1)	F2
P12A51	MC09/a:213	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo? (AÑOS...2)	F2
P12A52	MC09/a:213	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo? (OTRO...8)	F1
P12A53	MC09/a:214	Ha discutido alguna vez con su marido/compañero acerca del número de hijos que les gustaria tener?	F1
P12A54	MC09/a:215	Cree Ud. que su marido/compañero quiere el mismo número de hijos que usted quiere?	F1
P12A55	MC09/a:216	Si pudiera retroceder a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos señan?	F2
P12A56	MC09/a:217	Cuál cree ud. que es el número de meses o años que una madre debe esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente? (Meses...1)	F2
P12A57	MC09/a:217	Cuál cree ud. que es el número de meses o años que una madre debe esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente? (Años...2)	F2
P12A58	MC09/a:217	Cuál cree ud. que es el número de meses o años que una madre debe esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente? (No sabe...9)	F1
P12A59	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 01. PILDORA.	F1
P12A60	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 01. PILDORA.	F1
P12A61	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 01. PILDORA.	F1
P12A62	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 02. DIU.	F1
P12A63	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 02. DIU.	F1
P12A64	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 02. DIU.	F1
P12A65	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 03. INYECCION.	F1
P12A66	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 03. INYECCION.	F1
P12A67	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 03. INYECCION.	F1
P12A68	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 04. METODOS VAGINALES, ESPUMA, JALEA, DIAFRAGMA.	F1
P12A69	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 04. METODOS VAGINALES, ESPUMA, JALEA, DIAFRAGMA.	F1

**File: BON12.SAV, continued**

Variable	Question	Description	Format
P12A70	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 04. METOS VAGINALES, ESPUMA, JALEA, DIAFRAGMA.	F1
P12A71	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 05. CONDON O PRESERVATIVO.	F1
P12A72	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 05. CONDON O PRESERVATIVO.	F1
P12A73	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 05. CONDON O PRESERVATIVO.	F1
P12A74	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 06. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS).	F1
P12A75	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 06. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS).	F1
P12A76	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 06. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS).	F1
P12A77	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 07. ESTERILIZACION MASCULINA.	F1
P12A78	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 07. ESTERILIZACION MASCULINA.	F1
P12A79	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 07. ESTERILIZACION MASCULINA.	F1
P12A80	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 08. ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO.	F1
P12A81	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 08. ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO.	F1
P12A82	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 08. ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO.	F1
P12A83	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 09. RETIRO.	F1
P12A84	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 09. RETIRO.	F1
P12A85	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 09. RETIRO.	F1
P12A86	MC09/a:219	Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)? 10. OTROS METODOS.	F1
P12A87	MC09/a:220	Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)? 10. OTROS METODOS.	F1
P12A88	MC09/a:221	Sabe usted donde podria ir una persona si quisiera usar (METODO)? 10. OTROS METODOS.	F1
P12A89	MC09/a:222	Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	F1
P12A90	MC09/a:223	Pildora/Pastillas.....1	F2
P12A91	MC09/a:223	Anillo o dispositivo.....2	F2
P12A92	MC09/a:223	Inyecciones.....3	F2



File: BON12.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P12A93	MC09/a:223	Vaginales (Espuma, Jalea, Ovulos, Tabletas, Diafragma).....4	F2
P12A94	MC09/a:223	Preservativo/Condon.....5	F2
P12A95	MC09/a:223	Esterilizacion Femenina.....6	F2
P12A96	MC09/a:223	Esterilizacion Masculina.....7	F2
P12A97	MC09/a:223	Ritmo (Abstinencia Periódica por Calendario.....8	F2
P12A98	MC09/a:223	Billins (Abstinencia Periódica por Moco Cervical.....9	F2
P12A99	MC09/a:223	Temperatura basal (Abstinencia Periódica por Temperatura/cintotermica.....10	F2
P12A100	MC09/a:223	Retiro..... 11	F2
P12A101	MC09/a:223	Lactancia materna.....12	F2
P12A102	MC09/a:223	Otro (ESPECIFIQUE).....88	F2
P12A103	MC09/a:223	En qué mes y año le hicieron a Ud. (a su esposo) la operacion para no tener más hijos? (Mes).	F2
P12A104	MC09/a:223	En qué mes y año le hicieron a Ud. (a su esposo) la operacion para no tener más hijos? (Año).	F2
P12A105	MC09/a:224	Donde obtuvo el METODO la última vez?	F2
P12A106	MC09/a:225	Cuánto tiempo le toma ir de su casa (o desde los lugares que Ud. habitualmente frecuente) a ese sitio? (HORAS).	F2
P12A107	MC09/a:225	Cuánto tiempo le toma ir de su casa (o desde los lugares que Ud. habitualmente frecuente) a ese sitio? (MINUTOS).	F2
P12A108	MC09/a:226	Es facil o dificil llegar hasta alla?	F1
P12A109	MC09/a:227	Cuándo va a ese sitio para los servicios de planificacion familiar, cuánto tiempo espera usualmente? (HORAS).	F2
P12A110	MC09/a:227	Cuándo va a ese sitio para los servicios de planificacion familiar, cuánto tiempo espera usualmente? (MINUTOS).	F2
P12A111	MC09/a:228	Están disponibles los métodos de planificacion familiar cada vez que va a ese sitio?	F1
P12A112	MC09/a:229	Por cuál razón decidio usar (EL METODO DE 223) en lugar de otro método de planificacion familiar?	F2
P12A113	MC09/a:230	Tiene Ud. la intencion de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	F1
P12A114	MC09/a:231	Piensa usar un método en los proximos doce meses?	F1
P12A115	MC09/a:232	Que método preferiria usar?	F2
P12A116	MC09/a:233	Cuál es la razón principal por la cuál no piensa usar ningún método?	F2

## File: MCHHBON13.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Gastos en Alimentos  
**Number of Cases:** 13,618  
**Number of Variables:** 28  
**Data level:** Gasto  
**Key variables:** NUMBOL, ORDEN  
**Questionnaire:** Gastos en Alimentos  
**Questions:** 1-6

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL13		Número de la boleta	F4
TIPO13		Tipo del archivo (= 13)	F2
ORDEN13		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
LINEAS13		Número de líneas	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P13A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P13A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P13A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P13A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P13A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P13A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P13A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P13A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P13A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P13A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P13A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P13A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P13A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P13A14	1.	Código de alimento	F4

*See Code Lists #6 and 7*

File: BON13.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P13A15	2.a	Hace cuanto tiempo que compró, No. de unidades	F2
P13A16	2.b	Hace cuanto tiempo que compró, Unidad de tiempo	F1
		1 Día	
		2 Semana	
		3 Quincena	
		4 Mes	
		5 Año	
P13A17	3.	Fuente donde lo compró la última vez	F1
		1 Pulp. o tienda en la aldea8. Otra fuente	
		2 Pulp. o bodega fuera de la aldea	
		3 Mercado	
		4 Tienda de consumo	
		5 Cooperativa del consumo	
		6 Otro comercial	
P13A18	4.a	Cantidad que compró la última vez, No. de cantidad	F7
P13A19	4.b	Cantidad que compró la última vez, Unidad	F2
		<i>See Code List #8</i>	
P13A20	4.c	Cantidad que compró la última vez, Peso de la unidad de medida, Cantidad	F7
P13A21	4.d	Cantidad que compró la última vez, Peso de la unidad de medida, Cód. de peso	F1
		1 Libra	
		2 Onza	
		3 Kilogramo	
		4 Gramo	
P13A22	5.	Precio por unidad (Lps)	F7
P13A23	6.	Valor total de gasto (Lps)	F7

## File: MCHH\BON14.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Consumo de Alimentos Fuera de la Casa  
**Number of Cases:** 4,797  
**Number of Variables:** 22  
**Data level:** Comida  
**Key variables:** NUMBOL, P14A14, P14A15, P14A16, ORDEN  
**Questionnaire:** MC04  
**Questions:** MC04/b:0-5

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL14		Número de la boleta	F4
TIPO14		Tipo del archivo (= 14)	F2
ORDEN14		Número del orden	F4
LOCAL		Código de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
LINEAS14		Número de líneas	F2
VIVIENDA	MC01/a:x	Número de la vivienda (old name P14A1)	F3
DEPT	MC01/a:x	Departamento (old name P14A2)	F2
MUNIC	MC01/a:x	Municipio (old name P14A3)	F2
NO_CENTR	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto (old name P14A4)	F2
REGION	MC01/a:x	Región de Salud No. (old name P14A5)	F1
AREA	MC01/a:x	Area de Salud No. (old name P14A6)	F2
GRUPOX	MC01/a:x	Grupo (old name P14A7) * Do not use *	F1
GRUPO	MC01/a:x	Grupo from BON02.SAV	F1
P14A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P14A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P14A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P14A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P14A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P14A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2
P14A14	MC04/b:0	Fecha	F4
P14A15	MC04/b:1	No. de orden de persona	F2

**File: BON14.SAV, continued**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
P14A16	MC04/b:3	Cód. de la comida	F1
P14A17	MC04/b:4	Cód. de lugar	F1

88



## File: MCHH\BON15.SAV

**Description:** Cuestionario de los Hogares, Consumo de Alimentos en la Casa  
**Number of Cases:** 86,275  
**Number of Variables:** 72  
**Data level:** Plato/Ingrediente  
**Key variables:** NUMBOL, P15A15, P15A17, P15A18, P15A19  
**Questionnaire:** MC04  
**Questions:** MC04/a:1-29

---

### Variable Information:

Variable	Question	Description	Format
NUMBOL15		Número de la boleta	F4
TIPO15		Tipo del archivo (= 15)	F2
VISITA		Número de la visita 1 1a visita 2 2a visita 3 3a visita	F1
NLINEA		Número de la linea en la visita	F3
LOCAL		Codigo de la localidad (comunidad) de la vivienda	F2
LINEAS15		Número de lineas para la visita	F3
P15A1	MC01/a:x	Número de la vivienda	F3
P15A2	MC01/a:x	Departamento	F2
P15A3	MC01/a:x	Municipio	F2
P15A4	MC01/a:x	No. Centro, Lactario Proyecto	F2
P15A5	MC01/a:x	Región de Salud No.	F1
P15A6	MC01/a:x	Area de Salud No.	F2
P15A7	MC01/a:x	Grupo	F1
P15A8	MC01/a:x	Primera visita (Día, Mes, Año)	F6
P15A9	MC01/a:x	Segunda visita (Día, Mes, Año)	F6
P15A10	MC01/a:x	Tercera visita (Día, Mes, Año)	F6
P15A11	MC01/a:x	Resultado de la entrevista	F1
P15A12	MC01/a:x	Nombre de la encuestadora	F2
P15A13	MC01/a:x	Nombre de la codificadora	F2

File: BON15.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P15A14	MC04/a:	Vivienda No.	F3
P15A15	MC04/a:	No. de la Visita	F1
P15A16	MC04/a:	Fecha de ayer	F4
P15A17	MC04/a:1	Hora de comida	F2
P15A18	MC04/a:3	Cód. del plato	F4
<i>See Code Lists #6 and 7</i>			
P15A19	MC04/a:5	Cód del ingrediente	F4
<i>See Code Lists #6 and 7</i>			
P15A20	MC04/a:7	Cód de fuente	F2
		1 Pulp. o tienda en la aldea	
		2 Pulp. o bodega fuera de la aldea	
		3 Mercado	
		4 Tienda de consumo	
		5 Cooperativa del consumo	
		6 Otra comercial	
		7 Regalo	
		8 Pago-sector privado	
		9 Pago-obras públicas	
		10 Centro de salud	
		11 Escuela	
		12 Propia producción	
		13 Recolectado libremente	
		14 Sobras del día	
		15 Sobras de antier	
		16 Otra fuente	
P15A21	MC04/a:8	Cantidad preparada (CANTIDAD)	F7
P15A22	MC04/a:10	Cantidad preparada (Cód. DE UNIDAD)	F2
<i>See Code List #8</i>			
P15A23	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A24	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A25	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A26	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A27	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A28	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A29	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A30	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A31	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A32	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2

File: BON15.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P15A33	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A34	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A35	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A36	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A37	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A38	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A39	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A40	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A41	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A42	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A43	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A44	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A45	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A46	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A47	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A48	MC04/a:11	Miembros con código de residencia	F2
P15A49	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Adultos . > de 18 años (H).	F2
P15A50	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Adultos . > de 18 años (M).	F2
P15A51	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Jóvenes 12-18 Años (H).	F2
P15A52	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Jóvenes 12-18 Años (M).	F2
P15A53	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Niños < 12 años. (5-11).	F2
P15A54	MC04/a:12	No. de visitas que comieron el plato. Niños < 12 años. (1-4).	F2
P15A55	MC04/a:	Cantidad del plato que sobró (Cantidad).	F7
P15A56	MC04/a:	Cantidad del plato que sobró (Cód. de Unidad).	F2
<i>See Code List #8</i>			
P15A57	MC04/a:	Consumo MADRE. No. de Orden...	F2
P15A58	MC04/a:21	Cantidad.	F7
P15A59	MC04/a:23	Cód. de Unidad	F2
<i>See Code List #8</i>			
P15A60	MC04/a:	Consumo NIÑO. No. de Orden...	F2

91

File: BON15.SAV, continued

Variable	Question	Description	Format
P15A61	MC04/a:24	Cantidad.	F7
P15A62	MC04/a:26	Cód. de Unidad.	F2
		<i>See Code List #8</i>	
P15A63	MC04/a:	Consumo NIÑO. No. de Orden...	F2
P15A64	MC04/a:27	Cantidad.	F7
P15A65	MC04/a:29	Cód. de Unidad.	F2
		<i>See Code List #8</i>	
P15A66	MC04/a:	Código de Plato.	F2

## File: MC20\MC20A99.SAV

**Description:** Cuestionario de Lactarios, Center-level data  
**Number of Cases:** 20  
**Number of Variables:** 106  
**Data level:** Lactario  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions::** 1, 3-17

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
CENTRO	1.0	Numero del centro	F3
COD_DEPT	1.1	Codigo por el departamento	F2
COD_MUNI	1.2	Codigo municipio	F2
COD_CENT	1.3	Codigo centro	F3
DIST_KM	1.4	Distancia km	F5.1
TIEM_HR	1.5.a	Tiempo caminando, horas	F2
TIEM_M	1.5.b	Tiempo caminando, minutos	F2
TIPO	1.6	Tipo	F1
SUB_PAT	1.7.a	Sub-patrocinado por:	F1
SUBPAT_O	1.7.b	Descripcion de otro sub-patrocinador	A30
INAUG_AN	1.8.a	Cuando tiempo inauguraron, años	F2
INAUG_ME	1.8.b	Cuanto tiempo inauguraron, meses	F2
DIA	1.9.a	Fecha de la visita, dia	F2
MES	1.9.b	Fecha de la visita, mes	F2
Año	1.9.c	Fecha de la visita, año	F2
DISTRIB	1.10.a	Hoy dia de distribucion (1st response)	F1
DISTRIB1	1.10.b	Hoy dia de distribucion (2nd response)	F1
DISTRIB2	1.10.c	Hoy dia de distribucion (3rd response)	F1
NO_HUBO	1.11.a	No hubo distribucion	F1
NOHUBO_O	1.11.b	Descripcion de porque no hubo	A30
COD_ENCU	1.12	Codigo del encuestador	F2

File: MC20A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
METPOR3	3.a	Tamaño del centro, metros por	F5.1
MET3	3.b	Tamaño del centro, metros	F5.1
N4.1	4.1	El centro tiene cuartos de educación/clases	F4
N4.2	4.2	El centro tiene comedor	F4
N4.3	4.3	El centro tiene almacenes/bodega	F4
N4.4	4.4	El centro tiene cocina	F4
N4.5	4.5	El centro tiene corredor	F4
N4.6	4.6	El centro tiene salones	F4
N4.8	4.8	El centro tiene otros	F4
N5.1	5.1	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Mesa	F4
N5.2	5.2	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Sillas	F4
N5.3	5.3	Qué cantidad de equipo esta funcionando. Escritorios	F4
N5.4	5.4	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Balanza de calzón	F4
N5.5	5.5	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Balanza de pie	F4
N5.6	5.6	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Balanza de mesa	F4
N5.7	5.7	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Tallímetros	F4
N5.8	5.8	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Cinta métrica	F4
N5.9	5.9	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Tablas	F4
N5.10	5.10	Qué cantidad de equipo esta funcionando, Pupitres	F4
N6	6.a	En qué año fue construido este centro	F5.10 2
P6.ALQ	6.b	Si el local es alquilado = 77, si non = .	F2
N7	7	Como es la condicion de la infraestructura	F1
ACT8.1	8.1	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Desayuno	F2
ACT8.2	8.2	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Merienda	F2
ACT8.3	8.3	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Almuerzo	F2
ACT8.4	8.4	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Vacunación	F2
ACT8.5	8.5	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Educación pre-escolar	F2
ACT8.6	8.6	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Control de peso	F2
ACT8.7	8.7	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Charlas a las madres	F2
ACT8.8	8.8	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Proyectos pequeños para niños	F2

**File: MC20A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
ACT8.9	8.9	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Proyectos para madres	F2
ACT8.10	8.10	Qué tipo de actividades se dan en este Centro, Otros	F2
N9	9	Cuántos días en el año cierran el Centro	F3
COD10.1	10.1.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.1A	10.1.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.2	10.2.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.2A	10.2.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.3	10.3.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.3A	10.3.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.4	10.4.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.4A	10.4.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.5	10.5.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.5A	10.5.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.6	10.6.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.6A	10.6.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
COD10.8	10.8.a	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (1st)	F2
COD10.8A	10.8.b	Proveedores de el [recurso], código del proveedor (2nd)	F2
OT10.8ES	10.8.c	Proveedores de el recurso, otro recurso	A30
N11.1	11.1	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
N11.2	11.2	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
N11.3	11.3	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
N11.4	11.4	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
N11.5	11.5	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
N11.6	11.6	Los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios	F1
OTRO11.6	11.6	Otro respuesto, pregunta 11.6	A25
MES12	12	La ultima ves que ingresaron nuevos beneficiarios, mes	F2
ANO12	12	La ultima ves que ingresaron nuevos beneficiarios, año	F2
VECES12	12	Cuantos veces al año se hacen inscripciones	F5
EN13.1	13.1	No. de beneficiarios, enero 1993, Niños	F4
DIC13.1	13.1	No. de beneficiarios, diciembre 1993, Niños	F4

95

File: MC20A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
EN13.2	13.2	No. de beneficiarios, enero 1993, Lactantes	F4
DIC13.2	13.2	No. de beneficiarios, diciembre 1993, Lactantes	F4
EN13.3	13.3	No. de beneficiarios, enero 1993, Embarazada	F4
DIC13.3	13.3	No. de beneficiarios, diciembre 1993, Embarazada	F4
EN13.4	13.4	No. de beneficiarios, enero 1993, Voluntarias	F4
DIC13.4	13.4	No. de beneficiarios, diciembre 1993, Voluntarias	F4
EN_TOT	13.5	Total numero de los beneficiarios, enero 1993	F5
DIC_TOT	13.5	Total numero de los beneficiarios, diciembre 1993	F5
N14.1	14.1	Cantidad de maiz que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
N14.2	14.2	Cantidad de frijol que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
N14.3	14.3	Cantidad de arroz que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
N14.4	14.4	Cantidad de aceite que tenia el Centro en el mes anterior (gal.)	F5.1
N14.5	14.5	Cantidad de CSB (Harina) que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
N14.6	14.6	Cantidad de Leche que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
N14.7	14.7	Cantidad de Trigo que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
OTRO14.8	14.8	Otro alimento que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	A25
N14.8	14.8	Cantidad de Otro alimento que tenia el Centro en el mes anterior (libras)	F5.1
METPOR15	15	Tamaño del almacén usado para guardar los alimentos, metros por	F5.1
MET15	15	Tamaño del almacén usado para guardar los alimentos, metros	F5.1
METPOR16	16	Tamaño de la cocina usado para preparar merienda, metros por	F5.1
MET16	16	Tamaño de la cocina usado para preparar merienda, metros	F5.1
AGUA17	17	Este centro tiene agua?	F1
SANI17	17	Este centro tiene servicios sanitarios	F1
TOT1	xxx	Para verificar totales	F6
TOT2	xxx	Para verificar totales	F6



**File: MC20\MC20B99.SAV**

**Description:** Cuestionario de Lactarios, Informacion Referente a las Comunidades  
**Number of Cases:** 31  
**Number of Variables:** 10  
**Data level:** Comunidad  
**Key variables:** CENTRO, CODIGO  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions:** 2

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CENTRO	2.0	Numero del centro	F3
CODIGO	2.1	Codigo del comunidad	F3
DIST_HR	2.2.a	Distancia caminando, horas	F2
DIST_MIN	2.2.b	Distancia caminando, minutos	F2
POB	2.3	Poblacion	F5
ANO	2.4	Año de la informacion	F4
FUENTE	2.5	Codigo del fuente	F4

an

**File: MC20\MC20C99.SAV**

**Description:** Cuestionario de Lactarios, Alimentos Preparados  
**Number of Cases:** 182  
**Number of Variables:** 49  
**Data level:** Plato  
**Key variables:** CENTRO, PREG18, NO\_PLATO, COD\_PLAT  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions::** 18.A - 18.C

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
CENTRO	000	Numero del centro	F3
PREG18	18.	Día del Plato	A2
		A Hoy	
		B Ayer	
		C Antes de Ayer	
NO_PLATO	001	Numero del plato	F2
		1 Primero plato	
		2 Segundo plato	
COD_PLAT	002	Codigo del plato	F4
PERSONAS	18.	Numero de personas que comieron	F4
Niño	18.	No. de niños	F5
LACT	18.	No. de lactantes	F5
EMB	18.	No. de embarazadas	F5
NIN_RAC	18.	Tamaño de raciones, (ml.) niños	F5
LACT_RAC	18.	Tamaño de raciones, (ml.) lactantes	F5
EMB_RAC	18.	Tamaño de raciones, (ml.) embarazadas	F5
MAIZ	18.	Maíz, cantidad en libras	F4.1
MAIZFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
FRIJOL	18.	Frijóles, cantidad en libras	F4.1
FRIJFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
ARROZ	18.	Arroz, cantidad en libras	F4.1
ARROFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3

File: MC20C99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
ACEITE	18.	Aceite, cantidad en gal.	F4.1
ACEIFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
CBS	18.	CBS (harina), cantidad en libras	F4.1
CBSFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
LECHE	18.	Leche, cantidad en libras	F4.1
LEHCFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
TRIGO	18.	Trigo, cantidad en libras	F4.1
TRIGFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
AZUCAR	18.	Cantidad en libras	F4.1
AZUCFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
INGREDOT	18.	ingredientes, otro, especifique	A25
OTRO	18.	Cantidad en libras	F4.1
OTROFUEN	18.	Ingrediente, fuente	F3
INGR_OT1	18.	ingredientes, otro, especifique	A25
OTRO1	18.	Cantidad en libras	F4.1
OTR_FU1	18.	Ingrediente, fuente	F3
INGR_OT2	18.	ingredientes, otro, especifique	A25
OTRO2	18.	Cantidad en libras	F4.1
OTR_FU2	18.	Ingrediente, fuente	F3
INGR_OT3	18.	ingredientes, otro, especifique	A25
OTRO3	18.	Cantidad en libras	F4.1
OTR_FU3	18.	Ingrediente, fuente	F3
INGR_OT4	18.	ingredientes, otro, especifique	A25
OTRO4	18.	Cantidad en libras	F4.1
OTR_FU4	18.	Ingrediente, fuente	F3
PREPDIAM	18.	Cantidad preparada, diametro	F3
PREPALT	18.	Cantidad preparada, Altura	F3
NOCONSDI	18.	Cantidad no consumida, diametro	F3
NOCONSAL	18.	Cantidad no consumida, Altura	F3
CONSDIAM	18.	Cantidad consumida, diametro	F3

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CONSALT	18.	Cantidad consumida, Altura	F3
TOTAL	18.	Verificar totales	F5.1

## **6. General Research Activities**

Multi-country design of study of contractual arrangements and transaction costs in food markets.

Promotion of country and regional-level studies of commodity subsectors and comparative advantages.

## **7. Outputs Anticipated**

More fact-based recommendations for reducing institutional and legal impediments to greater market flows of food at lower transfer and transaction costs.

More policies aimed at increasing the supply-response to new incentives brought about by the devaluation. Better targeting of safety-net measures to protect those most vulnerable to the adverse effects of the devaluation.

More comparative analyses across countries of how different institutional arrangements for the production and marketing of agricultural products affect who gains and who loses from devaluation.

More analyses of the gender-differentiated impact of the CFA franc devaluation.

**File: MC20\MC20D99.SAV**

**Description:** Questionario de los Lactarios, Lista de Asistencia  
**Number of Cases:** 299  
**Number of Variables:** 9  
**Data level:** Mes  
**Key variables:** CENTRO, ANO, MESES  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions:** 19

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CENTRO	19.0	Numero del centro	F3
ANO	19.1	Numero del año	F4
MESES	19.2	Numero de mes	F2
NINOS	19.3	Numero del niños < 6 años	F4
LACTAN	19.4	No. De lactantes	F4
EMBARAZ	19.5	No. De embarazadas	F4
OTROS	19.6	No. De otros	F4
TOTAL	19.7	No. Raciones por mes, total	F6
TOTALL	xxx	Para comprobar la suma del total	F6

102

**File: MC20\MC20E99.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Lactarios, Personas que Trabajan en el Centro  
**Number of Cases:** 56  
**Number of Variables:** 10  
**Data level:** Persona  
**Key variables:** CENTRO, ORDEN  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions::** 20

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CENTRO	20.0	No. del centro	F3
PERSON	20.1	Cuántas personas siempre vienen	F3
ORDEN	20.2	Numero del orden	F2
COD_CARG	20.3	Codigo, cargo	F2
SALARIO	20.4	Salario mes (Lps)	F7.2
FUENTE	20.5	Fuente de salario	F2
HRS_DIA	20.6.a	Tiempo trabajo, Horas/día	F4.1
DIAS_ANO	20.6.b	Tiempo trabajo, Días/año	F3
COMPENSA	20.7	Compensación total por año (Ener. A Dic. De 1993, Lps)	F8.2
VERIFC	xxx	Verificar la compensación	F7.2

103

**File: MC20\MC20F99.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Lactarios, Preguntas Para el Personal que Viene a Trabajar Todos los Días  
**Number of Cases:** 37  
**Number of Variables:** 153  
**Data level:** Center  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions::** 21-30

---

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
CENTRO	001	Número del centro	F3
ORDEN	002	Número del Orden de MC20/a, preg. 20	F2
ENTRENAM	21.	Durante el año pasado, ¿recibió usted algún entrenamiento relacionado al programa?	F1
CAPACIT	21.a	¿Quién le impartió la última capacitación?	F1
CAPAC_OT	21.a.8	Otro respuesta	A20
Año	21.b.1	¿Cuándo recibio la última capacitación?, Año	F2
MES	21.b.2	¿Cuándo recibio la última capacitación?, Mes	F2
CONSIST	21.c.1	Qué consistió la capacitación (1 repuesta)	F1
CONSIST1	21.c.2	Qué consistió la capacitación (2 repuesta)	F1
CONS_OT	21.c.8	Descripcion de en que consistio la capacitacion	A35
HORAS	21.d.1	¿Cuánto tiempo duró la jornada de capacitación? Horas	F3
MINUT	21.d.2	¿Cuánto tiempo duró la jornada de capacitación? Minutos	F3
IMPART	21.e	¿Dónde fue impartida?	F1
IMPAR_OT	21.e.2	Otro respuesta	A20
VIATICOS	22	Le pagaron viáticos?	F1
LEMPIRAS	22.a	Lempiras	F5
VECES	22.b	No. De veces	F3
ACTIV	23	Participado en alguna actividad para determinar qué personas son elegible para participar en el programa	F1
MENC1	23.a.1	Participó a través de una encuesta socio-economica	F1



File: MC20F99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
DIA1	23.a.1	Participó a través de una encuesta socio-economica, tiempo utilizado, días	F3
HRS1	23.a.1	Participó a través de una encuesta socio-económica, tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO1	23.a.1	Participó a través de una encuesta socio-economica, horas por año	F5.1
MENC2	23.a.2	En consulta con líderes de la comunidad	F1
DIA2	23.a.2	tiempo utilizado, días	F3
HRS2	23.a.2	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO2	23.a.2	horas por año	F5.1
MENC3	23.a.3	Fueron seleccionados por otra autoridad	F1
DIA3	23.a.3	tiempo utilizado, días	F3
HRS3	23.a.3	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO3	23.a.3	horas por año	F5.1
MENC4	23.a.4	Segun estado nutricional, embarazadas, lactentas, observaciones en consulta	F1
DIA4	23.a.4	tiempo utilizado, días	F3
HRS4	23.a.4	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO4	23.a.4	horas por año	F5.1
MENC5	23.a.5	Otra actividad para seleccionar beneficiarios (5)	F1
MENC5_OT	23.a.5	Descripcion del actividad	A25
DIA5	23.a.5	tiempo utilizado, días	F3
HRS5	23.a.5	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO5	23.a.5	horas por año	F5.1
MENC6	23.a.6	Otra actividad para seleccionar beneficiarios (6)	F1
MENC6_OT	23.a.6	Descripcion del actividad	A25
DIA6	23.a.6	tiempo utilizado, días	F3
HRS6	23.a.6	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO6	23.a.6	horas por año	F5.1
MENC8	23.a.8	Otra actividad para seleccionar beneficiarios (8)	F1
MENC_OT	23.a.8	Descripcion del actividad	A25
DIA8	23.a.8	tiempo utilizado, días	F3

File: MC20F99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
HRS8	23.a.8	tiempo utilizado, horas por día	F3.1
ANO8	23.a.8	horas por año	F5.1
CADAVEZ	24.1	Horas cada vez por ingresar madres nuevas	F3.1
NO.VECES	24.2	No. De veces	F3
HRSANO	24.3	Total horas al año	F5.1
LLENAR	25	Responsable de llenar formatos	F1
HRSDIAR	25.a.1	Llenar formatos, Diario, horas	F2
MINDIAR	25.a.2	Llenar formatos, Diario, minutos	F3
DIARANO	25.a.3	Llenar formatos, Diario, veces al año	F3
DIARTOT	25.a.4	Llenar formatos, Diario, total horas al año	F5.1
HRSMENS	25.a.5	Llenar formatos, Mensual, horas	F3
MINMENS	25.a.6	Llenar formatos, Mensual, minutos	F3
MENSANO	25.a.7	Llenar formatos, Mensual, veces al año	F3
MENSTOT	25.a.8	Llenar formatos, Mensual, total horas al año	F5.1
HRSCONT	25.a.9	Llenar formatos, Control de consumo, horas	F3
MINCONT	25.a.10	Llenar formatos, Control de consumo, minutos	F3
CONTANO	25.a.11	Llenar formatos, Control de consumo, veces al año	F3
CONTTOT	25.a.12	Llenar formatos, Control de consumo, total horas al año	F5.1
AUMENTO	26.1	Aumento proporcional del personal	F1
DISTRIB	26.2	Distribuir de manera más ordenada las actividades	F1
SIMPLI	26.3	Simplificar los procedimientos	F1
DEFINIR	26.4	Definir aplicar criterios para la seleccion de beneficiario	F1
ORIEN	26.5	Dar orientation	F1
MEJORAR	26.6	Mejorar condiciones físicas local	F1
OTRO6	26.8	Otro repuesto	F1
OTROESPC	26	Otro respuesto, especifique	A25
RECOGER	27.a.1	(Letra) - participa en esta actividad si o no	F1
RECOGMES	27.a.2	(Letra) cantidad de tiempo por mes (horas)	F5.1
RECOGANO	27.a.3	Recoger los alimentos, hrs. Por año	F5.1
DESCAR	27.b.1	(Letra) - participa en esta actividad si o no	F1

10/6

File: MC20F99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
DESCAMES	27.b.2	(Letra) cantidad de tiempo por mes (horas)	F5.1
DESCAANO	27.b.3	Descargar los alimentos, hrs. Por año	F5.1
LIMPIAR	27.c.1	(Letra) - participa en esta actividad si o no	F1
LIMPIMES	27.c.2	(Letra) cantidad de tiempo por mes (horas)	F5.1
LIMPIANO	27.c.3	Limpiar...hrs. Por año	F5.1
BENEF	27.d.1	(Letra) - participa en esta actividad si o no	F1
BENEFMES	27.d.2	(Letra) cantidad de tiempo por mes	F5.1
BENEFANO	27.d.3	Distribuir los alimentos a los...hr. Por año	F5.1
OTRA7	27.e.1	(Letra) - participa en esta actividad si o no	F1
OTRAMES	27.e.2	(Letra) cantidad de tiempo por mes	F5.1
OTRAANO	27.e.3	Otras, hrs. Por año	F5.1
INICIO	28	Cuando el programa se inició se realizó algún estudio para determinar quienes serían beneficiarios?	F1
DISTAN	28.a.1	(Número de pregunta) menciono o no menciono	F1
INDICA	28.a.2	(Número de pregunta) menciono o no menciono	F1
N.8A3	28.a.3	(Número de pregunta) menciono o no menciono	F1
NO.28A3	28.a	Cuales fueron las características, otra resupuesta	A21
INGRESO	28.b.1	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
HIJOS	28.b.2	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
NUTRI	28.b.3	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
COND	28.b.4	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
TENGA	28.b.5	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
OTRO8	28.b.8	(Número de pregunta), menciono o no menciono	F1
BODEGHR	29.a.1	(Letra), horas/año	F5.1
BODEGLPS	29.a.2	(Letra), lps/año	F7.2
COMUNHR	29.b.1	(Letra), horas/año	F5.1
COMUNLPS	29.b.2	(Letra), lps/año	F7.2
DESCARHR	29.c.1	(Letra), horas/año	F5.1
DESCALPS	29.c.2	(Letra), lps/año	F7.2
COCINAHR	29.d.1	(Letra), horas/año	F5.1
COCINLPS	29.d.2	(Letra), lps/año	F7.2

107

Name	Question	Description	Format
HACERHR	29.e.1	(Letra), horas/año	F5.1
HACERLPS	29.e.2	(Letra), lps/año	F7.2
LENAHR	29.f.1	(Letra), horas/año	F5.1
LENALPS	29.f.2	(Letra), lps/año	F7.2
COOPHR	29.g.1	(Letra), horas/año	F5.1
COOPLPS	29.g.2	(Letra), lps/año	F7.2
MEJHR	29.h.1	(Letra), horas/año	F5.1
MEJLPS	29.h.2	(Letra), lps/año	F7.2
OTRHR	29.i.1	(Letra), horas/año	F5.1
OTRLPS	29.i.2	(Letra), lps/año	F7.2
OTRHRA	29.i.3	(Letra), horas/año (2nd response)	F5.1
OTRLPSA	29.i.4	(Letra), lps/año (2nd response)	F7.2
LUNSOC	30.1.1	Lunes, no. De socios	F3
LUNHR	30.1.2	Lunes, total horas	F5.1
MARSOC	30.2.1	Martes, no. De socios	F3
MARHR	30.2.2	Martes, total horas	F5.1
MIERSOC	30.3.1	Miércoles, no. De socios	F3
MIERHR	30.3.2	Miércoles, total horas	F5.1
JUEVSOC	30.4.1	Jueves, no. De socios	F3
JUEVHR	30.4.2	Jueves, total horas	F5.1
VIERSOC	30.5.1	Viernes, no. De socios	F3
VIERHR	30.5.2	Viernes, total horas	F5.1
SABSOC	30.6.1	Sábado, no. De socios	F3
SABHR	30.6.2	Sábado, total horas	F5.1

**File: MC20\MC20G99.SAV**

**Description:** Cuestionario de los Lactarios, Preguntas Para el Personal que Viene a Trabajar Todos los Días (continued)  
**Number of Cases:** 20  
**Number of Variables:** 130  
**Data level:** Centro  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC20  
**Questions::** 31-41

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CENTRO	0.1	No. Del centro	F3
COD_DIR	0.2	Código de la directora	F3
NO.31	31.	¿Usted se encarga de inspeccionar o supervisar las distribuciones?	F1
N32.1MIN	32.1.a	Distribuir alimentos a cocinera, tiempo, minutos/día	F3
N32.1SEM	32.1.b	Veces por semana	F2
N32.1MES	32.1.c	Veces/mes	F4
N32.1ANO	32.1.d	Veces/año	F5
N32.2MIN	32.2.a	Llenar los formatos diarios, minutos/día	F3
N32.2SEM	32.2.b	Veces por semana	F2
N32.2MES	32.2.c	Veces/mes	F4
N32.2ANO	32.2.d	Veces/año	F5
N32.3MIN	32.3.a	Vigilar la distribución de alimentos, tiempo, minutos/día	F3
N32.3SEM	32.3.b	Veces por semana	F2
N32.3MES	32.3.c	Veces/mes	F4
N32.3ANO	32.3.d	Veces/año	F5
N32.4MIN	32.4.a	Verificar aseo del centro, tiempo, minutos/día	F3
N32.4SEM	32.4.b	Veces por semana	F2
N32.4MES	32.4.c	Veces/mes	F4
N32.4ANO	32.4.d	Veces/año	F5
N32.8MIN	32.8.a	Otro actividad, tiempo, minutos/día	F3
N32.8SEM	32.8.b	Veces por semana	F2

105

File: MC20G99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
N32.8MES	32.8.c	Veces/mes	F4
N32.8ANO	32.8.d	Veces/año	F5
NO.33	33.	¿A qué distancia está ubicado el centro del punto de la bodega/distribución intermedio? (Kilometros)	F6.1
N34.1LPS	34.1.a	Ninguno/vienen a dejarlos, Lps/vez	F7.2
N34.1ANO	34.1.b	No. Veces al año	F2
N34.1TOT	34.1.c	(No. De actividad) total Lps./año	F7.2
N34.2LPS	34.2.a	Carro particular prestado, Lps/vez	F7.2
N34.2ANO	34.2.b	No. Veces al año	F2
N34.2TOT	34.2.c	Total Lps./año	F7.2
N34.3LPS	34.3.a	Carro particular alquilado, Lps/vez	F7.2
N34.3ANO	34.3.b	No. Veces al año	F2
N34.3TOT	34.3.c	Total Lps./año	F7.2
N34.4LPS	34.4.a	Bestia prestada, Lps/vez	F7.2
N34.4ANO	34.4.b	No. Veces al año	F2
N34.4TOT	34.4.c	Total Lps./año	F7.2
N34.5LPS	34.5.a	Bestia/carreta, Lps/vez	F7.2
N34.5ANO	34.5.b	Lps/vez	F2
N34.5TOT	34.5.c	Total Lps./año	F7.2
N34.6LPS	34.6.a	A pie, Lps/vez	F7.2
N34.6ANO	34.6.b ?	Lps/vez	F2
N34.6TOT	34.6.c	Total Lps./año	F7.2
NO.35	35.a	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio?	F1
		1 Reunir a socias	
		2 Conseguir vehículo	
		3 Alquilar vehículo	
		4 Reunir dinero para viáticos	
		5 Hablar con el alcalde	
		6 Se los vienen a dejar	
		8 Otros (ver RECOG_OT)	
RECOGE1	35.b	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (2a repuesta)	F1
		Same as NO.35	
RECOGE2	35.c	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (3a repuesta)	F1
		Same as NO.35	

10

File: MC20G99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
RECOGE3	35.d	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (4a repuesta)	F1
		<i>Same as NO.35</i>	
RECOGE4	35.e	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (5a repuesta)	F1
		<i>Same as NO.35</i>	
RECOGE5	35.f	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (6a repuesta)	F1
		<i>Same as NO.35</i>	
RECOG_OT	35.g	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio? (Otra repuesta)	A35
NO.36	36	¿Existe algún aumento de gastos de transporte o viáticos como resultado la obtención de los alimentos?	F1
NO.37	37	Si la respuesta [NO.36] es sí: ¿Cuánto fue el aumento sobre lo normal en el gasto de transporte o viáticos? (Lps/vez)	F7.2
NC1.38	38.1.a	Número del centro, lactario, CEDIN, o CNC participante	F3
TIPO38.1	38.1.b	Tipo del centro	F2
		1 Lactario	
		2 CNC	
		3 CEDIN	
HR38.1	38.1.c	Distancia en horas	F2
MIN38.1	38.1.d	Distancia en minutos	F2
NC2.38	38.2.a	Número del centro, lactario, CEDIN, o CNC participante	F3
TIPO38.2	38.2.b	Tipo del centro	F2
		<i>Same as TIPO38.1</i>	
HR38.2	38.2.c	Distancia en horas	F2
MIN38.2	38.2.d	Distancia en minutos	F2
NC3.38	38.3.a	Número del centro, lactario, CEDIN, o CNC participante	F3
TIPO38.3	38.3.b	Tipo del centro	F2
		<i>Same as TIPO38.1</i>	
HR38.3	38.3.c	Distancia en horas	F2
MIN38.3	38.3.d	Distancia en minutos	F2
NC4.38	38.4.a	Número del centro, lactario, CEDIN, o CNC participante	F3
:	:	:	:
NC15.38	38.5.a	Número del centro, lactario, CEDIN, o CNC participante	F3

File: MC20G99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
TIPO38.15	38.5.b	Tipo del centro	F2
<i>Same as TIPO38.1</i>			
HR38.15	38.5.c	Distancia en horas	F2
MIN38.15	38.5.d	Distancia en minutos	F2
CODIGO1	39.1	¿Cómo son transportados los alimentos del punto de distribución intermedio a los centros? (Código, 1a respuesta)	F3
TRANSP1	39.1	¿Cómo son transportados los alimentos del punto de distribución intermedio a los centros? (Descripción, 1a respuesta)	A25
CODIGO2	39.2	¿Cómo son transportados los alimentos del punto de distribución intermedio a los centros? (Código, 2a respuesta)	F3
TRANSP2	39.2	¿Cómo son transportados los alimentos del punto de distribución intermedio a los centros? (Descripción, 2a respuesta)	A25
COD1	40.1	¿Quién esta involucrado en el programa PAMI? (Código, 1a respuesta)	F3
QUIEN1	40.1	¿Quién esta involucrado en el programa PAMI? (Descripción, 1a respuesta)	A25
COD2	40.2	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Código, 2a respuesta)	F3
QUIEN2	40.2	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Descripción, 2a respuesta)	A25
COD3	40.3	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Código, 3a respuesta)	F3
QUIEN3	40.3	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Descripción, 3a respuesta)	A25
COD4	40.4	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Código, 4a respuesta)	F3
QUIEN4	40.4	¿Quién esta involucrado en el Programa PAMI? (Descripción, 4a respuesta)	A25
CARGO1	41.1.a	Participan en charlas sobre higiene, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO1	41.1.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL1	41.1.c	Total por año	F4
CARGO2	41.2.a	Participan en vacunación, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO2	41.2.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL2	41.2.c	Total por año	F4
CARGO3	41.3.a	Participan en clases de estimulación temprana, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO3	41.3.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL3	41.3.c	Total por año	F4
CARGO4	41.4.a	Participan en actividad #4, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO4	41.4.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL4	41.4.c	Total por año	F4



<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CARGO5	41.5.a	Participan en actividad #5, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO5	41.5.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL5	41.5.c	Total por año	F4
CARGO6	41.6.a	Participan en actividad #6, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO6	41.6.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL6	41.6.c	Total por año	F4
CARGO7	41.7.a	Participan en actividad #7, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO7	41.7.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL7	41.7.c	Total por año	F4
CARGO8	41.8.a	Participan en actividad #8, Codigo cargo por el empleado	F3
TIEMPO8	41.8.b	Tiempo que utiliza por mes	F5.1
TOTAL8	41.8.c	Total por año	F4
TOTAL	xxx	Para verificar totales	F7.2

113

# File: MC21MC21A99.SAV

**Description:** Cuestionario de Disponibilidad de Servicios en Las Comunidades Seleccionadas a Traves de Los Centros de Salud

**Number of Cases:** 362

**Number of Variables:** 108

**Data level:** Community

**Key variables:** DEPARTA, MUNICIPAL, COMMUNI

**Questionnaire:** MC21

**Questions::** 1-11, 101-114

---

## Variable Information:

Name	Question	Description	Format
BOLETA	000	No. de boleta	F5
PACKET	000	Packet number	F2
DEPARTA	001	Codigo del departamento	F2
MUNICIP	002	Codigo del municipio	F2
COMMUNI	003	Cod. de comunidad/localidad	F3
CENTRO	004	Codigo del Lactario	F3
REGION	005	Region de salud	F2
AREA	006	Area de salud	F2
DIA	007.a	Dia de la entrevista	F2
MES	007.b	Mes de la entrevista	F2
ANO	007.c	Año de la entrevista	F2
TIPO	008	Tipo de localidad	F1
COD_ENTR	009	Codigo de el entrevistador	F4
CARGO1	010.1	Cod. de cargo/titulo/ocupacion (1)	F3
CARGO2	010.2	Cod. de cargo/titulo/ocupacion (2)	F3
CARGO3	010.3	Cod. de cargo/titulo/ocupacion (3)	F3
CARGO4	010.4	Cod. de cargo/titulo/ocupacion (4)	F3
NUM_INFO	011	Numero de informantes	F2
VIVIENDA	101	No. de viviendas	F5

**File: MC21A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
DENSIDAD	102	Densidad de la localidad 1 Compacto 2 Disperso	F1
CUIDCER	103	La ciudad o pueblo mas cercano	F7
DIST_KMS	104	Distancia en kilometros a la ciudad o pueblo mas cercano	F6.2
TIPOTRAN	105	Tipo de transportacion	F1
ACCESO	106	Principal via de acceso	F1
ABASTE	107.a	La fuente principal de abastecimiento	F1
ABAS_OT	107.b	Abastecimiento, otro respuesto	A30
ELECTR	108	Hay servicios de electricidad	F1
ALCANT	109	Hay servicios de ancantarrillado	F1
SANITAR	110.a	Qué tipo de servicios sanitarios	F1
SANI_OT	110.b	Servicio sanitario, otro	A30
ECONOM	111.a	Principal actividad economica	F1
ECON_OT	111.b	Principal activ. econ. otro	A30
MAS1LPSA	112.1a	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEA	112.1a	Adulto masculino, Peón agropecuario, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS1LPSB	112.1b	Adulto masculino, Peón Agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEB	112.1b	Adulto masculino, Peón Agropecuario, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS1LPSC	112.1c	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEC	112.1c	Adulto masculino, Peón agropecuario, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS2LPSA	112.2a	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F7.2
MAS2TIEA	112.2a	Adulto masculino, Jornalero, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS2LPSB	112.2b	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F7.2

115

File: MC21A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
MAS2TIEB	112.2b	Adulto masculino, Jornalero, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS2LPSC	112.2c	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F7.2
MAS2TIEC	112.2c	Adulto masculino, Jornalero, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS3LPSC	112.3a	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEA	112.3a	Adulto masculino, Artesanía, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS3LPSC	112.3b	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEB	112.3b	Adulto masculino, Artesanía, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
MAS3LPSC	112.3c	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEC	112.3c	Adulto masculino, Artesanía, Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM1LPSC	113.1a	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM1TIEA	113.1a	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM1LPSC	113.1b	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM1TIEB	113.1b	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM1LPSC	113.1c	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM1TIEC	113.1c	Adulto femenino, Peón Agrícola;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM2LPSC	113.2a	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM2TIEA	113.2a	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1

**File: MC21A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
FEM2LPSB	113.2b	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM2TIEB	113.2b	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM2LPSC	113.2c	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM2TIEC	113.2c	Adulto femenino, Servicios Domesticos;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM3LPSA	113.3a	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM3TIEA	113.3a	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM3LPSB	113.3b	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM3TIEB	113.3b	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM3LPSC	113.3c	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM3TIEC	113.3c	Adulto femenino, Ventas en la Calle;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM4LPSA	113.4a	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM4TIEA	113.4a	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM4LPSB	113.4b	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM4TIEB	113.4b	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
FEM4LPSC	113.4c	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Lps.	F7.2
FEM4TIEC	113.4c	Adulto femenino, Artesanía;1A,B,o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN1LPSA	114.1a	Niño; Servicios Domesticos; A,B o C; Lps.	F7.2

**File: MC21A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NIN1TIEA	114.1a	Niño; Servicios Domésticos; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN1LPSB	114.1b	Niño; Servicios Domésticos; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN1TIEB	114.1b	Niño; Servicios Domésticos; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN1LPSC	114.1c	Niño; Servicios Domésticos; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN1TIEC	114.1c	Niño; Servicios Domésticos; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN2LPSA	114.2a	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN2TIEA	114.2a	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN2LPSB	114.2b	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN2TIEB	114.2b	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN2LPSC	114.2c	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN2TIEC	114.2c	Niño; Peón Agropecuario; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN3LPSA	114.3a	Niño; Jornalero; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN3TIEA	114.3a	Niño; Jornalero; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN3LPSB	114.3b	Niño; Jornalero; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN3TIEB	114.3b	Niño; Jornalero; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN3LPSC	114.3c	Niño; Jornalero; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN3TIEC	114.3c	Niño; Jornalero; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1

**File: MC21A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NIN4LPSA	114.4a	Niño; Artesano; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN4TIEA	114.4a	Niño; Artesano; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN4LPSB	114.4b	Niño; Artesano; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN4TIEB	114.4b	Niño; Artesano; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
NIN4LPSC	114.4c	Niño; Artesano; A,B o C; Lps.	F7.2
NIN4TIEC	114.4c	Niño; Artesano; A,B o C; Tiempo 1 Por día 2 Por mes	F1
BOLE	xxx	*Not used*	F8.2

11/12

## File: MC21MC21B99.SAV

**Description:** Cuestionario de Disponibilidad de Servicios en Las Comunidades Seleccionadas a Traves de Los Centros de Salud, Continuado

**Number of Cases:** 362

**Number of Variables:** 322

**Data level:** Community

**Key variables:** DEPARTA, MUNICIP, COMMUNI

**Questionnaire:** MC21

**Questions::** 115-153

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
BOLETA	000	No. de boleta	F5
CENTRO	001	Codigo del centro	F3
PRIMDIST	115.a.1	Escuela primaria, distancia en Kms.	F4
SECUDIST	115.a.2	Escuela secundaria, distancia en Kms.	F4
UNIVDIST	115.a.3	Superior/universitario, distancia en Kms.	F4
OFICDIST	115.b.1	Oficina de correos, distancia en Kms	F4
MERCDIST	115.b.2	Mercado (plaza) de alimentos diaria, distancia en Kms	F4
MERC2DIS	115.b.3	Mercado (plaza) de alimentos semanal, distancia en Kms	F4
PULPDIST	115.b.4	Pulperia, distancia en Kms	F4
CINEDIST	115.b.5	Cine, distancia en Kms	F4
PUBLDIST	115.b.6	Transporte público, distancia en Kms	F4
PRIMTRAN	116.a.1	Escuela primaria, transporte mas comun	F2
SECUTRAN	116.a.2	Escuela secundaria, transporte mas comun	F2
UNIVTRAN	116.a.3	Superior/universitario, transporte mas comun	F2
OFICTRAN	116.b.1	Oficina de correos, transporte mas comun	F2
MERCTRAN	116.b.2	Mercado (plaza) de alimentos diaria, transporte mas comun	F2
MERC2TRA	116.b.3	Mercado (plaza) de alimentos semanal, transporte mas comun	F2
PULPTRAN	116.b.4	Pulperia, transporte mas comun	F2
CINETRAN	116.b.5	Cine, transporte mas comun	F2
PUBLTRAN	116.b.6	Transporte público, transporte mas comun	F2



**File: MC21B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PRIMHR	117.a.1	Escuela primaria, tiempo, horas	F2
PRIMMIN	117.a.1	Escuela primaria, tiempo, minutos	F2
SECUHR	117.a.2	Escuela secundaria, tiempo, horas	F2
SECUMIN	117.a.2	Escuela secundaria, tiempo, minutos	F2
UNIVHR	117.a.3	Superior/universitario, tiempo, horas	F2
UNIVMIN	117.a.3	Superior/universitario, tiempo, minutos	F2
OFICHR	117.b.1	Oficina de correos, tiempo, horas	F2
OFICMIN	117.b.1	Oficina de correos, tiempo, minutos	F2
MERCHR	117.b.2	Mercado (plaza) de alimentos diaria, tiempo, horas	F2
MERCMIN	117.b.2	Mercado (plaza) de alimentos diaria, tiempo, minutos	F2
MERC2HR	117.b.3	Mercado (plaza) de alimentos semanal, tiempo, horas	F2
MERC2MIN	117.b.3	Mercado (plaza) de alimentos semanal, tiempo, minutos	F2
PULPHR	117.b.4	Pulperia, tiempo, horas	F2
PULPMIN	117.b.4	Pulperia, tiempo, minutos	F2
CINEHR	117.b.5	Cine, tiempo, horas	F2
CINEMIN	117.b.5	Cine, tiempo, minutos	F2
PUBLHR	117.b.6	Transporte público, tiempo, horas	F2
PUBLMIN	117.b.6	Transporte público, tiempo, minutos	F2
NOM_HOSP	118.a	nombre de los Servicios de Salud más Cercano, Hospital	A10
NOM2HOSP	118.a	Nombre, continuado,...	A10
NOM3HOSP	118.a	Nombre, continuado,...	A10
NOM_CESM	118.b	Nombre de los Servicios de Salud más Cercano, CESAMO	A10
NOM2CESM	118.b	Nombre, continuado,...	A10
NOM3CESM	118.b	Nombre, continuado,...	A10
NOM_CESA	118.c	Nombre de los Servicios de Salud más Cercano, CESAR	A10
NOM2CESA	118.c	Nombre, continuado,...	A10
NOM3CESA	118.c	Nombre, continuado,...	A10
NOM_PRIV	118.d	Nombre de los Servicios de Salud más Cercano, Clínica /Médico Privado	A10
NOM2PRIV	118.d	Nombre, continuado,...	A10
NOM3PRIV	118.d	Nombre, continuado,...	A10

File: MC21B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
NOM_ASHO	118.e	Nombre de los Servicios de Salud más Cercano, Clínica ASHONPLAFA	A10
NOM2ASHO	118.e	Nombre, continuado,...	A10
NOM3ASHO	118.e	Nombre, continuado,...	A10
DIR_HOSP	119.a	Dirección de hospital	A12
DIR_CESM	119.b	Dirección de CESAMO	A12
DIR_CESA	119.c	Dirección de CESAR	A12
DIR_PRIV	119.d	Dirección de Clínica/Médico Privado.	A12
DIR_ASHO	119.e	Dirección de Clínica ASHONPLAFA	A12
DISTHOSP	120.a	Distancia de Hospital	F6.1
DISTCESM	120.b	Distancia de CESAMO	F6.1
DISTCESA	120.c	Distancia de CESAR	F6.1
DISTPRIV	120.d	Distancia de Clínica/Médico privado	F6.1
DISTASHO	120.e	Distancia de Clínica ASHONPLAFA	F6.1
TIPOHOSP	121.a	Tipo de transporte más común de Hospital	F2
TIPOCESM	121.b	Tipo de transporte más común de CESAMO	F2
TIPOCESA	121.c	Tipo de transporte más común de CESAR	F2
TIPOPRIV	121.d	Tipo de transporte más común de Clínica/Médico privado	F2
TIPOASHO	121.e	Tipo de transporte más común de Clínica ASHONPLAFA	F2
HRHOSP	122.a	Tiempo en horas para llegar a Hospital, Horas	F2
MINHOSP	122.a	Tiempo en minutos a llegar al Hospital, minutos	F2
HRCESM	122.b	Tiempo en horas para llegar a CESAMO, Horas	F2
MINCESM	122.b	Tiempo en minutos a llegar a CESAMO, Minutos	F2
HRCESA	122.c	Tiempo en horas para llegar a CESAR, Horas	F2
MINCESA	122.c	Tiempo en minutos a llegar a CESAR, Minutos	F2
HRPRIV	122.d	Tiempo en horas para llegar a la Clínica/Médico privado, Horas	F2
MINPRIV	122.d	Tiempo en minutos a llegar a la Clínica/Médico privado, Minutos	F2
HRASHO	122.e	Tiempo en horas para llegar a la Clínica ASHONPLAFA, Horas	F2
MINASHO	122.e	Tiempo en minutos a llegar a la Clínica ASHONPLAFA, Minutos	F2
CUIDHOSP	123.1.a	Cuidado prenatal de Hospital	F1
CUIDCESM	123.1.b	Cuidado prenatal de CESAMO	F1

**File: MC21B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CUIDCESA	123.1.c	Cuidado prenatal de CESAR	F1
CUIDPRIV	123.1.d	Cuidado prenatal de la Clínica/Médico privado	F1
CUIDASHO	123.1.e	Cuidado prenatal de la Clínica ASHONPLAFA	F1
ASISHOSP	123.2.a	Asistencia para el parto en el Hospital	F1
ASISCESM	123.2.b	Asistencia para el parto en CESAMO	F1
ASISCESA	123.2.c	Asistencia para el parto en CESAR	F1
ASISPRIV	123.2.d	Asistencia para el parto en la Clínica/Médico privado	F1
ASISASHO	123.2.e	Asistencia para el parto en la Clínica ASHONPLAFA	F1
POSTHOSP	123.3.a	Cuidado post-parto en el Hospital	F1
POSTCESM	123.3.b	Cuidado post-parto en CESAMO	F1
POSTCESA	123.3.c	Cuidado post-parto en CESAR	F1
POSTPRIV	123.3.d	Cuidado post-parto en la Clínica/Médico privado	F1
POSTASHO	123.3.e	Cuidado post-parto en la Clínica ASHONPLAFA	F1
VACUHOSP	123.4.a	Vacunación infantil de el Hospital	F1
VACUCESM	123.4.b	Vacunación infantil de CESAMO	F1
VACUCESA	123.4.c	V acunacion infantil de CESAR	F1
VACUPRIV	123.4.d	Vacunación infantil de la Clínica/Médico	F1
VACUASHO	123.4.e	Vacunación infantil de la Clínica ASHONPLAFA	F1
CONTHOSP	123.5.a	Control de crecimiento del Hospital	F1
CONTCESM	123.5.b	Control de crecimiento de CESAMO	F1
CONTCESA	123.5.c	Control de crecimiento de CESAR	F1
CONTPRIV	123.5.d	Control de crecimiento de la Clínica/Médico	F1
CONTASHO	123.5.e	Control de crecimiento de la Clínica ASHONPLAFA	F1
PLANHOSP	123.6.a	Planificación familiar del Hospital	F1
PLANCESM	123.6.b	Planificación familiar de CESAMO	F1
PLANCESA	123.6.c	Planificación familiar de CESAR	F1
PLANPRIV	123.6.d	Planificación familiar de la Clínica/Médico	F1
PLANASHO	123.6.e	Planificación familiar de la Clínica ASHONPLAFA	F1
FAMIHOSP	124.a	Nombre del Hospital más cercano que provee planificación Familiar	A10
FAMIHOS2	124.a	Nombre, continuado.	A10

*1203*

**File: MC21B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
FAMIHOS3	124.a	Nombre, continuado	A10
FAMICESM	124.b	Nombre de CESAMO más cercano que provee planificación familiar	A10
FAMICSM2	124.b	Nombre, continuado	A10
FAMICSM3	124.b	Nombre, continuado	A10
FAMICESA	124.c	Nombre de CESAR más cercano que provee planificación Familiar	A10
FAMICSA2	124.c	Nombre, continuado	A10
FAMICSA3	124.c	Nombre, continuado	A10
FAMIPRIV	124.d	Nombre de la Clínica/Médico privado más cercano que provee planificación Familiar	A10
FAMIPRV2	124.d	Nombre, continuado	A10
FAMIPRV3	124.d	Nombre, continuado	A10
FAMIASHO	124.e	Nombre de la Clínica ASHONPLAFA más cercana que provee planificación Familiar	A10
FAMIASH2	124.e	Nombre, continuado	A10
FAMIASH3	124.e	Nombre, continuado	A10
DIRPHOSP	125.a	Dirección de hospital	A12
DIRPCESM	125.b	Dirección de CESAMO	A12
DIRPCESA	125.c	Dirección de CESAR	A12
DIRPPRIV	125.d	Dirección de Clínica/Médico Privado	A12
DIRPASHO	125.e	Dirección de Clínica ASHONPLAFA	A12
DISPHOSP	126.a	Distancia del Hospital	F6.1
DISPCESM	126.b	Distancia de CESAMO	F6.1
DISPCESA	126.c	Distancia de CESAR	F6.1
DISPPRIV	126.d	Distancia de la Clínica/Médico privado	F6.1
DISPASHO	126.e	Distancia de la Clínica ASHONPLAFA	F6.1
TIPPHOSP	127.a	Tipo de transporte más común del Hospital	F2
TIPPCESM	127.b	Tipo de transporte más común de CESAMO	F2
TIPPCESA	127.c	Tipo de transporte más común de CESAR	F2
TIPPPRIV	127.d	Tipo de transporte más común de la Clínica/Médico privado	F2
TIPPASHO	127.e	Tipo de transporte más común de la Clínica ASHONPLAFA	F2
HRPHOSP	128.a	Tiempo en horas para llegar al Hospital, Horas	F2

121

File: MC21B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
MINPHOSP	128.a	Tiempo en minutos a llegar al Hospital, Minutos	F2
HRPCESM	128.b	Tiempo en horas para llegar a CESAMO, Horas	F2
MINPCESM	128.b	Tiempo en minutos a llegar a CESAMO, Minutos	F2
HRPCESA	128.c	Tiempo en horas para llegar a CESAR, Horas	F2
MINPCESA	128.c	Tiempo en minutos a llegar a CESAR, Minutos	F2
HRPPRIV	128.d	Tiempo en horas para llegar a la Clínica/Médico privado, Horas	F2
MINPPRIV	128.d	Tiempo en minutos a llegar la Clínica/Médico privado, Minutos	F2
HRPASHO	128.e	Tiempo en horas para llegar a la Clínica ASHONPLAFA, Horas	F2
MINPASHO	128.e	Tiempo en minutos a llegar a la Clínica ASHONPLAFA, Minutos	F2
PASTHOSP	129.1.a	pastillas disponibles, Hospital	F1
PASTCESM	129.1.b	Pastillas disponibles, CESAMO	F1
PASTCESA	129.1.c	Pastillas disponibles CESAR	F1
PASTPRIV	129.1.d	Pastillas disponibles en la Clínica/Médico privado	F1
PASTASHO	129.1.e	Pastillas disponibles en la Clínica ASHONPLAFA	F1
DIUHOSP	129.2.a	DIU disponibles, Hospital	F1
DIUCESM	129.2.b	DIU disponibles, CESAMO	F1
DIUCESA	129.2.c	DIU disponibles, CESAR	F1
DIUPRIV	129.2.d	DIU disponibles en la Clínica/Médico privado	F1
DIUASHO	129.2.e	DIU disponibles en la Clínica ASHONPLAFA	F1
INYEHOSP	129.3.a	Inyecciones disponibles, Hospital	F1
INYECESM	129.3.b	Inyecciones disponibles, CESAMO	F1
INYECESA	129.3.c	Inyecciones disponibles, CESAR	F1
INYEPRIV	129.3.d	Inyecciones disponibles en la Clínica/Médico privado	F1
INYEASHO	129.3.e	Inyecciones disponibles en la Clínica ASHONPLAFA	F1
CONDHOSP	129.4.a	Condomes disponibles, Hospital	F1
CONDCESM	129.4.b	Condomes disponibles, CESAMO	F1
CONDCESA	129.4.c	Condomes disponibles, CESAR	F1
CONDPRIV	129.4.d	Condomes disponibles en la Clínica/Médico privado	F1
CONDASHO	129.4.e	Condomes disponibles en la Clínica ASHONPLAFA	F1
METOHOSP	129.5.a	Métodos vaginales anticonceptivos disponibles, Hospital	F1

File: MC21B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
METOCESM	129.5.b	Métodos vaginales anticonceptivos disponibles, CESAMO	F1
METOCESA	129.5.c	Métodos vaginales anticonceptivos disponibles, CESAR	F1
METOPRIV	129.5.d	Métodos vaginales anticonceptivos disponibles en la Clínica/Médico privado	F1
METOASHO	129.5.e	Métodos vaginales anticonceptivos disponibles en la Clínica ASHONPLAFA	F1
FEMHOSP	129.6.a	Esterilización femenina disponible, Hospital	F1
FEMCESM	129.6.b	Esterilización femenina disponible, CESAMO	F1
FEMCESA	129.6.c	Esterilización femenina disponible, CESAR	F1
FEMPRIV	129.6.d	Esterilización femenina disponible en la Clínica/Médico privado	F1
FEMASHO	129.6.e	Esterilización femenina disponible en la Clínica ASHONPLAFA	F1
MASHOSP	129.7.a.e	Esterilización masculino disponible, Hospital	F1
MASCESM	129.7.b	Esterilización masculino disponible, CESAMO	F1
MASCESA	129.7.c	Esterilización masculino disponible, CESAR	F1
MASPRIV	129.7.d	Esterilización masculino disponible en la Clínica/Médico privado	F1
MASASHO	129.7.e	Esterilización masculino disponible en la Clínica ASHONPLAFA	F1
OTROHOSP	129.8.a	Otro método anticonceptivo disponible, Hospital	F1
OT_HOSP	129.8.a	Otro, descripción	
OTROCESM	129.8.b	Otro método anticonceptivo disponible, CESAMO	F1
OT_CESM	129.8.b	Otro, descripción	A10
OTROCESA	129.8.c	Otro método anticonceptivo disponible, CESAR	F1
OT_CESA	129.8.c	Otro, descripción	A10
OTROPRIV	129.8.d	Otro método anticonceptivo disponible en la Clínica/Médico privado	F1
OT_PRIV	129.8.d	Otro, descripción...	A10
OTROASHO	129.8.e	Otro método anticonceptivo disponible en la Clínica ASHONPLAFA	F1
OT_ASHO	129.8.e	Otro, descripción.	A10
SERVHOSP	130.a	Cuantos servicios de salud existen dentro de 30 Km., Hospital	F5
SERVCESM	130.b	Cuantos servicios de salud existen dentro de 30 Km., CESAMO	F5
SERVCESA	130.c	Cuantos servicios de salud existen dentro de 30 Km., CESAR	F5
SERVPRIV	130.d	Cuantos servicios de salud existen dentro de 30 Km., en la Clínica/Médico privado	F5

126

File: MC21B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
SERVASHO	130.e	Cuantos servicios de salud existen dentro de 30 Km., en la Clínica ASHONPLAFA	F5
PFHOSP	131.a	Servicios de planificación familiar existen dentro de 30 Km., Hospital	F5
PFCESM	131.b	Servicios de planificación familiar existen dentro de 30 Km., CESAMO	F5
PFCESA	131.c	Servicios de planificación familiar existen dentro de 30 Km., CESAR	F5
PFPRIV	131.d	Servicios de planificación familiar existen dentro de 30 Km., en la Clínica/Médico privado	F5
PFASHO	131.e	Servicios de planificación familiar existen dentro de 30 Km., en la Clínica ASHONPLAFA	F5
PUESTO	132	Existe algún puesto de distribución comunitaria de anticonceptivos que cubre esta localidad?	F1
PASTILLA	133.1.a	Píldora, pastilla	F1
PASTBARA	133.1.b	Costo/cantidad de un ciclo más barato	F6.2
PASTCARO	133.1.c	Costo/cantidad de un ciclo más caro	F6.2
PRESERV	133.2.a	Preservativo (condon) si o no	F1
PRBARALP	133.2.b	Condon, más barato, Lps.	F6.2
PRBARACT	133.2.c	Condon, barato, cantidad	F4
PRCAROLP	133.2.d	Condon, caro, Lps.	F6.2
PRCAROCT	133.2.e	Preservativo, caro, cantidad	F4
VAGINAL	133.3.a	Métodos vaginales (Espuma, Tabletas, Jalea, Ovulos)	F1
VAGLPS	133.3.b	Costo de métodos vaginales, Lps.	F6.2
VAGCANT	133.3.c	Cantidad de métodos vaginales	F4
INYECC	133.4.a	Inyección (depo-provera)	F1
INYLPS	133.4.b	Costo de inyección, Lps.	F6.2
INYCANT	133.4.c	Inyección, cantidad	F4
CUANPUES	134	Número de puestos de distribución comunitaria de planificación familiar que existe dentro de la localidad.	F4
ULTIMO	135	En los últimos 12 meses, se ha leído o escuchado mensajes relacionados con la planificación familiar.	F1
TRANSMIT	136.1	Se transmitieron para radio	F1
TRANS2	136.2	Se transmitieron para periódico	F1
TRANS3	136.3	Se transmitieron para carro con alto parlante	F1

File: MC21B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
TRANS4	136.4	Se transmitieron para distribución de materiales impresos	F1
TRANS5	136.5	Se transmitieron para charlas educativas	F1
TRANS8	136.8	Se transmitieron para otro método	F1
TRANS_OT	136.8	Se transmitieron para otro método	A20
PARTERA	137	Existen parteras cercanas que atienden a mujeres embarazadas de esta comunidad?	F1
PROVEEN	138	Parteras que proveen servicios de planificación familiar	F1
PILDORA	139.1	Pastillas o píldora, si o no	F1
CONDON	139.2	Condon, si o no	F1
TABLETA	139.3	Métodos vaginales (tableta, espuma, jalea)	F2
METODOS	139.4.a	Otros métodos, si o no	F1
METO_OT	139.4.b	Otros métodos	A20
CUANPART	140	Cuántas parteras pueden proveer servicio de planificación familiar	F4
PARTEXIS	141	Cuántas parteras adedañas existen?	F4
FARMACIA	142	Cuántas farmacias?	F4
VENDEN	143	Se venden anticon?	F2
PILADIS	144.1	Pastillas o píldoras	F1
CONDDISP	144.2	Condon	F1
METODISP	144.3	Métodos vaginales	F1
OTRODISP	144.4.a	Otros métodos	F1
OT_DISP	144.4.b	Otro método	A25
FARMVEND	145	Cuántas farmacias venden anticoncep?	F4
TOTPUEST	146	Total numero de puestos que venden estas medicinas	F4
VENDANTI	147	Venden anticon?	F1
TIENEPIL	148.1	Tienen pastillas o píldoras	F1
TIENECON	148.4	Condon	F1
TIENEMET	148.5	Métodos vaginales	F1
TIENEOTR	148.8.a	Otros métodos	F1
OTROMET	148.8.b	Otro método	A20
VENDTOT	149	Tot no. venden de medicina	F4
ATENDIDA	150	Esta atendida por un promotor de salud	F1

128



**File: MC21B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PROMOT	151	Vive el promotor en esta localidad?	F1
FREQUEN	152.a	Con qué frecuencia visita el promotor de salud, No. Veces	F4
FREQMES	152.b	Con qué frecuencia - mes o año	F1
LITROS	153.a	Provee servicios de litrosol	F1
EDUC	153.b	Provee servicios de educación para la salud	F1
PESAR	153.c	Provee servicios de pesar y medir los niños	F1
PARTICP	153.d	Provee servicios de participar en vacunaciones	F1

129

## File: MC21\MC21C99.SAV

**Description:** Usuarios Nuevos de Servicios de ASHONPLAFA  
**Number of Cases:** 234  
**Number of Variables:** 44  
**Data level:** Year  
**Key variables:** DEPARTO, MUNICIPIO, COMMUNI, Año  
**Questionnaire:** MC21  
**Questions::** 154

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
BOLETA	000	No. de boleta	F4
DEPARTA	001	Codigo del departamento	F2
MUNICIP	002	Codigo del municipio	F2
COMMUNI	003	Cod. de comunidad/localidad	F3
REGION	005	Region de salud	F2
AREA	006	Area de salud	F2
CENTRO	154.1	No. de Centro de Salud	F3
Año	154.2	Año	F2
USAR1	154.3	Total usuarios nuevos, Ene.	F3
USAR2	154.3	Total usuarios nuevos, Feb.	F3
USAR3	154.3	Total usuarios nuevos, Mar.	F3
USAR4	154.3	Total usuarios nuevos, Abr.	F3
USAR5	154.3	Total usuarios nuevos, May.	F3
USAR6	154.3	Total usuarios nuevos, Jun.	F3
USAR7	154.3	Total usuarios nuevos, Jul.	F3
USAR8	154.3	Total usuarios nuevos, Ago.	F3
USAR9	154.3	Total usuarios nuevos, Sep.	F3
USAR10	154.3	Total usuarios nuevos, Oct.	F3
USAR11	154.3	Total usuarios nuevos, Nov.	F3
USAR12	154.3	Total usuarios nuevos, Dec.	F3
TOTUS1	154.3	Total usuarios nuevos, para el año	F4

130

File: MC21C99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
SUBSI1	154.4	Total subsiguientes, Ene.	F3
SUBSI2	154.4	Total subsiguientes, Feb.	F3
SUBSI3	154.4	Total subsiguientes, Mar.	F3
SUBSI4	154.4	Total subsiguientes, Abr.	F3
SUBSI5	154.4	Total subsiguientes, May.	F3
SUBSI6	154.4	Total subsiguientes, Jun.	F3
SUBSI7	154.4	Total subsiguientes, Jul.	F3
SUBSI8	154.4	Total subsiguientes, Ago.	F3
SUBSI9	154.4	Total subsiguientes, Sep.	F3
SUBSI10	154.4	Total subsiguientes, Oct.	F3
SUBSI11	154.4	Total subsiguientes, Nov.	F3
SUBSI12	154.4	Total subsiguientes, Dec.	F3
TOTSUBS	154.4	Total subsiguientes para el año	F4
CONTR1	154.5	Total controles, Ene.	F3
CONTR2	154.5	Total controles, Feb.	F3
CONTR3	154.5	Total controles, Mar.	F3
CONTR4	154.5	Total controles, Abr.	F3
CONTR5	154.5	Total controles, May.	F3
CONTR6	154.5	Total controles, Jun.	F3
CONTR7	154.5	Total controles, Jul.	F3
CONTR8	154.5	Total controles, Ago.	F3
CONTR9	154.5	Total controles, Sep.	F3
CONTR10	154.5	Total controles, Oct.	F3
CONTR11	154.5	Total controles, Nov.	F3
CONTR12	154.5	Total controles, Dec.	F3
TOTCON1	154.5	Total controles, para el año	F4
BOLE	xxx	* Not used *	F8.2
TOTAL	xxx	* Not used*	F6

## File: MC22MC22A99.SAV

**Description:** Cuestionario de Disponibilidad de Servicios en las Comunidades Seleccionadas a través de los Lactarios, de los CNC's, y de los CEDIN's

**Number of Cases:** 26

**Number of Variables:** 141

**Data level:** Community

**Key variables:** DEPART, MUNICIP, COMMUNI

**Questionnaire:** MC22

**Questions::** 101 - 117

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
BOLETA	000	No. De boleta	F5
PACKET	001	Packet number	F2
DEPARTA	002	Codigo del departamento	F2
MUNICIP	003	Codigo del municipio	F2
COMMUNI	004	Cod. De comunidad/localidad	F3
CENTRO	005	Codigo del centro	F3
REGION	006	Region de salud	F2
AREA	007	Area del salud	F2
DIA	007.1	Dia de la entrevista	F2
MES	007.2	Mes de la entrevista	F2
ANO	007.3	Año de la entrevista	F2
TIPO	008	Tipo de localidad	F2
COD_ENTR	009	Codigo de el entrevistador	F2
NUM_INFO	010.0	Numero de informantes	F2
CARGO1	010.1	Cod. De cargo/titulo/ocupacion (1)	F3
CARGO2	010.2	Cod. De cargo/titulo/ocupacion (2)	F3
CARGO3	010.3	Cod. De cargo/titulo/ocupacion (3)	F3
CARGO4	010.4	Cod. De cargo/titulo/ocupacion (4)	F3
VIVIENDA	101	No. De viviendas	F5
DENSIDAD	102	Densidad de la localidad	F1

**File: MC22A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CUIDCER	103	La ciudad o pueblo mas cercano	F7
DIST_KMS	104	Distancia en kilometros a la ciudad o al pueblo más cercano.	F6.2
TIPOTRAN	105	Tipo de transportacion más frecuentemente usado	F1
ACCESO	106	Principal via de acceso	F1
ABASTE	107	La fuente principal de abastecimiento	F1
ABAS_OT	107.2	Abastecimiento, otro respuesto	A30
ELECTR	108	Hay servicios de electricidad	F1
ALCANT	109	Hay servicios de alcantarillado	F1
SANITAR	110	Hay servicios sanitarios	F1
SANI_OT	110.2	Servicio sanitario, otro	A30
ECONOM	111	Principal actividad económica de los habitantes	F1
ECON_OT	111.2	Principal activ. econ., Otro	A30
MAS1LPSA	112.1.a	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEA	112.1.a	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F1
MAS1LPSB	112.1.b	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEB	112.1.b	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F1
MAS1LPSC	112.1.c	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS1TIEC	112.1.c	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F1
MAS2LPSA	112.2.a	Adulto masculino, Peón agropecuario, Lps.	F7.2
MAS2TIEA	112.2.a	Adulto masculino, Jornalero , Lps.	F1
MAS2LPSB	112.2.b	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F7.2
MAS2TIEB	112.2.b	Adulto masculino, Jornalero , Lps.	F1
MAS2LPSC	112.2.c	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F7.2
MAS2TIEC	112.2.c	Adulto masculino, Jornalero, Lps.	F1
MAS3LPSA	112.3.a	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEA	112.3.a	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F1
MAS3LPSB	112.3.b	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEB	112.3.b	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F1
MAS3LPSC	112.3.c	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F7.2
MAS3TIEC	112.3.c	Adulto masculino, Artesanía, Lps.	F1

133

**File: MC22A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
FEM1LPSA	113.1.a	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM1TIEA	113.1.a	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM1LPSB	113.1.b	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM1TIEB	113.1.b	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM1LPSC	113.1.c	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM1TIEC	113.1.c	Adulto femenino, Peón agrícola;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM2LPSA	113.2.a	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM2TIEA	113.2.a	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM2LPSB	113.2.b	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM2TIEB	113.2.b	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM2LPSC	113.2.c	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM2TIEC	113.2.c	Adulto femenino, Servicios domésticos;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM3LPSA	113.3.a	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM3TIEA	113.3.a	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM3LPSB	113.3.b	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM3TIEB	113.3.b	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM3LPSC	113.3.c	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM3TIEC	113.3.c	Adulto femenino, Ventas en la calle;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM4LPSA	113.4.a	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM4TIEA	113.4.a	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM4LPSB	113.4.b	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM4TIEB	113.4.b	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
FEM4LPSC	113.4.c	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F7.2
FEM4TIEC	113.4.c	Adulto femenino, Artesanía;1a,b,o c; Lps o por dia/mes	F1
NIN1LPSA	114.1.a	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F7.2
NIN1TIEA	114.1.a	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F1
NIN1LPSB	114.1.b	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F7.2
NIN1TIEB	114.1.b	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F1
NIN1LPSC	114.1.c	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F7.2
NIN1TIEC	114.1.c	Niño; Servicios Domésticos; a,b o c; por mes/dia	F1

BA

File: MC22A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
NIN2LPSA	114.2.a	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN2TIEA	114.2.a	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F1
NIN2LPSB	114.2.b	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN2TIEB	114.2.b	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F1
NIN2LPSC	114.2.c	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN2TIEC	114.2.c	Niño; Peón agrícola; a,b o c; por mes/día	F1
NIN3LPSA	114.3.a	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN3TIEA	114.3.a	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F1
NIN3LPSB	114.3.b	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN3TIEB	114.3.b	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F1
NIN3LPSC	114.3.c	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN3TIEC	114.3.c	Niño; Jornalero; a,b o c; por mes/día	F1
NIN4LPSA	114.4.a	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN4TIEA	114.4.a	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F1
NIN4LPSB	114.4.b	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN4TIEB	114.4.b	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F1
NIN4LPSC	114.4.c	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F7.2
NIN4TIEC	114.4.c	Niño; Artesano; a,b o c; por mes/día	F1
DISESCP	115.a.1	Distancia (km), escuela primaria	F4.1
DISESCS	115.a.2	Distancia (km), escuela secundaria	F4.1
DISSUPR	115.a.3	Distancia (km), superior/universitario	F4.1
DISCORR	115.b.1	Distancia (km), oficina de correos	F4.1
DISMERD	115.b.2	Distancia (km), mercado, plaza de aliment. Diaria	F4.1
DISMERS	115.b.3	Distancia (km), mercado, plaza de aliment. Semanal	F4.1
DISPULP	115.b.4	Distancia (km), pulperia	F4.1
DISCINE	115.b.5	Distancia (km), cine	F4.1
DISTRNP	115.b.6	Distancia (km), transporte publico	F4.1
DISCESM	115.c.1	Distancia (km), CESAMO	F4.1
DISCESR	115.c.2	Distancia (km), CESAR	F4.1
DISHOSP	115.c.3	Distancia (km), hospital	F4.1

135

**File: MC22A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
DISCLIN	115.c.4	Distancia (km), clinica/medico privado	F4.1
DISOTRO	115.c.5	Distancia (km), otro servicio de salud	F4.1
TRNESC	116.a.1	Transporte, escuela primaria	F2
TRNESC	116.a.2	Transporte, escuela secundaria	F2
TRNSUPR	116.a.3	Transporte, superior/universitario	F2
TRNCORR	116.b.1	Transporte, oficina de correos	F2
TRNMERD	116.b.2	Transporte, mercado, plaza de aliment. Diaria	F2
TRNMERS	116.b.3	Transporte, mercado, plaza de aliment. Semanal	F2
TRNPULP	116.b.4	Transporte, pulperia	F2
TRNCINE	116.b.5	Transporte, cine	F2
TRNTRNP	116.b.6	Transporte, transporte publico	F2
TRNCESM	116.c.1	Transporte, CESAMO	F2
TRNCESR	116.c.2	Transporte, CESAR	F2
TRNHOSP	116.c.3	Transporte, hospital	F2
TRNCLIN	116.c.4	Transporte, clinica/medico privado	F2
TRNOTRO	116.c.5	Transporte, otro servicio de salud	F2
TMPESCP	117.a.1	Tiempo (mins.), escuela primaria	F3
TMPECS	117.a.2	Tiempo (mins.), escuela secundaria	F3
TMPUPR	117.a.3	Tiempo (mins.), superior/universitario	F3
TMPCORR	117.b.1	Tiempo (mins.), oficina de correos	F3
TMPMERD	117.b.2	Tiempo (mins.), mercado, plaza de aliment. Diaria	F3
TMPMERS	117.b.3	Tiempo (mins.), mercado, plaza de aliment. Semanal	F3
TMPULP	117.b.4	Tiempo (mins.), pulperia	F3
TMPCINE	117.b.5	Tiempo (mins.), cine	F3
TMPTRNP	117.b.6	Tiempo (mins.), transporte publico	F3
TMPCESM	117.c.1	Tiempo (mins.), CESAMO	F3
TMPCESR	117.c.2	Tiempo (mins.), CESAR	F3
TMPHOSP	117.c.3	Tiempo (mins.), hospital	F3
TMPCLIN	117.c.4	Tiempo (mins.), clinica/medico privado	F3
TMPOTRO	117.c.5	Tiempo (mins.), otro servicio de salud	F3

B6



File: MC22A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
BOLE	xxx	* no label *	F8.2

137

# File: MC23MC23A99.SAV

**Description:** Precios al por menor, Distancia del pulperia/mercado al comunidad  
**Number of Cases:** 309  
**Number of Variables:** 23  
**Data level:** Mercado/Pulperia  
**Key variables:** BOLETA, PULPMER, NPULMER  
**Questionnaire:** MC23  
**Questions:**

---

## Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	00	Packet number	F2
BOLETA	01	No. de boleta	F4
CENTRO	02	ID No. de Centro de Salud/Lactario	F3
DEPARTA	03	Departamento	F2
MUNICIP	04	Municipio	F2
COMMUNI	05	ID Numero de Comunidad	F3
MES	06.a	Fecha del entrevista, Mes	F2
DIA	06.b	Fecha del entrevista, Día	F2
Año	06.c	Fecha del entrevista, Año	F2
PULPMER	07	Pulperia o Mercado M Mercado P Pulperia	A1
NPULMER	09.a	No. del pulperia/mercado	F2
KMS	09.b	Distancia al centro del caserio o del aldea, km.	F7.2
MINUTOS	09.c	Distancia al centro del caserio o del aldea, minutos	F5.2
APIE	09.d	Distancia al centro del caserio o del aldea, a pie	A1
NPULMER2	10.a	No. del pulperia/mercado	F2
KMS2	10.b	Distancia al centro del caserio o del aldea, km.	F7.2
MINUTOS2	10.c	Distancia al centro del caserio o del aldea, minutos	F5.2
APIE2	10.d	Distancia al centro del caserio o del aldea, a pie	A1
NPULMER3	11.a	No. del pulperia/mercado	F2

**File: MC23A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
KMS3	11.b	Distancia al centro del caserio o del aldea, km.	F7.2
MINUTOS3	11.c	Distancia al centro del caserio o del aldea, minutos	F5.2
APIE3	11.d	Distancia al centro del caserio o del aldea, a pie	A1
BOLE	xxx	* Not used *	F8.2

139

**File: MC23MC23B99.SAV**

**Description:** Precios por al menor, Precios  
**Number of Cases:** 4,783  
**Number of Variables:** 19  
**Data level:** Precio  
**Key variables:** BOLETA, PULMER, NPULMER, PRODUCTO  
**Questionnaire:** MC23  
**Questions:**

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	00	Packet number	F2
BOLETA	01	No. de boleta	F4
PULMER	02	Pulperia o mercado Mercado Pulperia    Mercado Pulperia	A8
PRODUCT	03	Codigo de producto <i>See Code List #9</i>	F3
NPULMER	04	No. del pulperia/mercado	F2
PRECIO	05.a	Precio por unidad (Lps)	F6.2
UNIDAD	05.b	Codigo de unidad de medida <i>See Code List #8</i>	F3
PESUNID	05.c	Peso de unidad de medida (lbs) 9999.0    Missing	F6.2
NPULMER2	06	No del pulperia/mercado	F2
PRECIO2	07.a	Precio por unidad (Lps)	F6.2
UNIDAD2	07.b	Codigo de unidad de medida <i>See Code List #8</i>	F3
PESUNID2	07.c	Peso de unidad de medida (lbs) 9999.0    Missing	F6.2
NPULMER3	08	No del pulperia/mercado	F2
PRECIO3	09.a	Precio por unidad (Lps)	F6.2

140

**File: MC23B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
UNIDAD3	09.b	Codigo de unidad de medida <i>See Code List #8</i>	F3
PESUNID3	09.c	Peso de unidad de medida (lbs) 9999.0 Missing	F6.2
BOLE	xxx	* Not used *	F8.2
CODIGO	xxx	* Not used * Codigo del producto	F4
XX	xxx	* Not used *	A8

# File: MC31MC31A99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud  
**Number of Cases:** 60  
**Number of Variables:** 198  
**Data level:** Center  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC31  
**Questions::** 1-8, 10-19

---

## Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
DEPARTA	0.1	Departamento {1}	F2
RES_OTRO	0.1.8	Resultado de entrevista, Otro	A15
FIN_DIA	0.10.a	Fecha final día	F2
FIN_MES	0.10.b	Fecha final mes	F2
FIN_ANO	0.10.c	Fecha final año	F2
RESULTA	0.11	Resultado de la entrevista	F2
ENCUEST	0.12	Codigo por el nombre para el encuestador	F2
MUNICIP	0.2	Municipio	F2
REGION	0.3	Region de salud	F1
AREA	0.4	Area de salud	F2
CENTRO	0.5	Numero del centro	F3
DISTANC	0.6	Distancia a la ciudad mas cercana	F3
		999 Missing	
TIPO	0.7	Tipo de centro	F2
GRUPO	0.8	Grupo	F2
INC_DIA	0.9.a	Fecha inicial día	F2
INC_MES	0.9.b	Fecha inicial mes	F2
INC_ANO	0.9.c	Fecha inicial año	F2
QUIEN	1.	Quien da la informacion	F2

1492  
2-120

File: MC31A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
ANO_INIC	2.	Que año inicio sus labores 9999 Missing	F4
BONO_MES	3.a.1	Numero de meses, Bonos 98 Not applicable 99 Missing	F2
BONANO	3.a.2	Bonos, No. de años 98 Not applicable 99 Missing	F2
ALI_MES	3.b.1	Alimentos, No. de meses 98 Not applicable 99 Missing	F2
ALIM_ANO	3.b.2	Alimentos, No. de años 98 Not applicable 99 Missing	F2
DIST_BON	4.a	Hoy se distribuyen bonos	F2
DIST_ALI	4.b	Hoy se distribuyen alimentos	F2
MED_90	5.01.a	Medicos, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2
MED_91	5.01.b	Medicos, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
MED_92	5.01.c	Medicos, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2
MED_93	5.01.d	Medicos, 1993 98 Not applicable 99 Missing	F2
MED_94	5.01.e	Medicos, 1994 98 Not applicable 99 Missing	F2
ODON_90	5.02.a	Odontologos, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
ODON_91	5.02.b	Odontologos, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
ODON_92	5.02.c	Odontologos, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2
ODON_93	5.02.d	Odontologos, 1993 98 Not applicable 99 Missing	F2
ODON_94	5.02.e	Odontologos, 1994	F2
ENFER_90	5.03	Enfermeras, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2
ENFER_91	5.03	Enfermeras, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
ENFER_94	5.03	Enfermeras, 1994 98 Not applicable 99 Missing	F2
ENFER_93	5.03	Enfermeras, 1993 98 Not applicable 99 Missing	F2
ENFER_92	5.03	Enfermeras, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2
TEC_90	5.04	Tecnicos, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2
TEC_91	5.04	Tecnicos, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
TEC_92	5.04	Tecnicos, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2

144



**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
TEC_93	5.04	Tecnicos, 1993	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
TEC_94	5.04	Tecnicos, 1994	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
AUX_90	5.05	Auxiliares, 1990	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
AUX_91	5.05	Auxiliares, 1991	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
AUX_92	5.05	Auxiliares, 1992	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
AUX_93	5.05	Auxiliares, 1993	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
AUX_94	5.05	Auxiliares, 1994	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
PROM_90	5.06	Promotores, 1990	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
PROM_91	5.06	Promotores, 1991	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
PROM_92	5.06	Promotores, 1992	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
PROM_93	5.06	Promotores, 1993	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
PROM_94	5.06	Promotores, 1994	F2
		98 Not applicable 99 Missing	

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
ASEAD_90	5.07	Aseadores/conserjes, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2
ASEAD_91	5.07	Aseadores, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
ASEAD_92	5.07	Aseadores, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2
ASEAD_93	5.07	Aseadores, 1993 98 Not applicable 99 Missing	F2
ASEAD_94	5.07	Aseadores, 1994 98 Not applicable 99 Missing	F2
SOC_91	5.08	Trabajadora Social 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
SOC_90	5.08	Trabajadora Social 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2
OTRO_94	5.08	Otros, 1994 98 Not applicable 99 Missing	F2
OTRO_93	5.08	Otros, 1993 98 Not applicable 99 Missing	F2
OTRO_92	5.08	Otros, 1992 98 Not applicable 99 Missing	F2
OTRO_91	5.08	Otros, 1991 98 Not applicable 99 Missing	F2
OTRO_90	5.08	Otros, 1990 98 Not applicable 99 Missing	F2

146

File: MC31A99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
SOC_92	5.08	Trabajadora Social 1992	F2
		98 Not applicable	
		99 Missing	
SOC_93	5.08	Trabajadora Social 1993	F2
		98 Not applicable	
		99 Missing	
SOC_94	5.08	Trabajadora Social 1994	F2
		98 Not applicable	
		99 Missing	
NO.50T	5.88	Otros de la pregunta 5	A35
RAZ3_91	6.a	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ1_91	6.a	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
OTROS_91	6.a	Otros, 1991, especifique	A25
RAZ2_91	6.a	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ4_91	6.a	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
OTROS_92	6.b	otros, 1992, especifique	A25
RAZ2_92	6.b	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ3_92	6.b	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ4_92	6.b	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ1_92	6.b	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ4_93	6.c	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ3_93	6.c	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ2_93	6.c	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ1_93	6.c	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
OTROS_93	6.c	otros, 1993, especifique	A25
RAZ4_94	6.d	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ1_94	6.d	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ2_94	6.d	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
RAZ3_94	6.d	Razón por las fluctuaciones en el número de personal	F1
OTROS_94	6.d	otros, 1994, especifique	A25
CUARTOS	7.1	cuartos/salas de consulta/consejos/tratamiento	F3
SALAS	7.2	Salas de espera	F3

47

**File: MC31A99.SAV, continued**

Name	Question	Description	Format
ALMA	7.3	almacenamiento	F3
OFICINA	7.4	Oficinas	F3
SANITAR	7.5	servicios sanitarios	F3
OTROS	7.8	Otros cuartos/areas	F3
MESA	8.1	Mesa de exploracion	F3
BAL_PIE	8.2	Balanza de pie	F3
BAL_MESA	8.3	Balanza de mesa	F3
TALLI	8.4	Talímetros	F3
INFAN	8.5	Infantometros	F3
CINTA	8.6	Cinta metrica	F3
ESTET	8.7	Estetoscopio	F3
ESFIGO	8.8	esfigmomanometro (Num 8.8)	F3
TERMOM	8.9	termometro (Num 8.9)	F3
NO.10_AN	10.c	La ultima entrega, año	F4
		98 Not applicable 99 Missing	
NO.10_ME	10.b	La ultima entrega, mes	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
NO.10_DI	10.9	La ultima entrega, día	F2
		98 Not applicable 99 Missing	
LIB_FRIJ	11.2	Libros de frijoles	F6.1
LIB_MAIZ	11.1	Libros de maiz en el centro hoy	F6.1
LIB_ARRO	11.3	Libros de arroz	F6.1
LIB_ACEI	11.4	Galones de aceite	F6.1
LIB_LECH	11.5	Libros de leche	F6.1
LIB_HARI	11.6	Libros de harina	F6.1
LIB_TRIG	11.7	Libros de trigo	F6.1
LIB_OT	11.8	Libras de otro alimento	F6.1
LIB_OTR	11.8	Descripción del otro alimento	A35

147

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
BON_ANO	12.a	Fecha de la última distribución de bonos 98 Not applicable 99 Missing	F2
BON_MES	12.a	Fecha de la última distribución de bonos 98 Not applicable 99 Missing	F2
BON_DIA	12.a	Fecha de la última distribución de bonos 98 Not applicable 99 Missing	F2
ALIM_MES	12.b	Fecha de la última distribución de alimentos 98 Not applicable 99 Missing	F2
ALI_ANO	12.b	Fecha de la última distribución de alimentos 98 Not applicable 99 Missing	F2
ALI_DIA	12.b	Fecha de la última distribución de alimentos 98 Not applicable 99 Missing	F2
NUM_BONO	13.a	Numero de bonos distribuidos	F3
NUM_RACI	13.b	Numero de raciones distribuidas	F3
N13.1ONZ	14.1	Niños, onzas, maíz 98 Missing	F2
M13.1LIB	14.1	Tamaño de ración distribuída por el programa de PAMI, madres, maíz, libras 9998 Missing	F4
M13.1ONZ	14.1	Madres, maíz, onzas 98 Missing	F2
N13.1LIB	14.1	Niños, libras, maíz 9998 Missing	F4
N13.2ONZ	14.2	Niños, onzas frijoles 98 Missing	F2
M13.2LIB	14.2	Madres, libras frijol 9998 Missing	F4

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
M13.2ONZ	14.2	Madres, onzas frijoles 98 Missing	F2
N13.2LIB	14.2	Niños, libras frijoles 9998 Missing	F4
N13.4ONZ	14.3	Niños, onzas aceite 98 Missing	F2
N13.3LIB	14.3	Niños, libras arroz 9998 Missing	F4
M13.3LIB	14.3	Madres, libras arroz 9998 Missing	F4
N13.3ONZ	14.3	Niños, onzas arroz 98 Missing	F2
M13.3ONZ	14.3	Madres, onzas arroz 98 Missing	F2
M13.4LIB	14.4	Madres, galones aceite 9998 Missing	F4
M13.4ONZ	14.4	Madres, onzas aceite 98 Missing	F2
N13.4LIB	14.4	Niños, galones aceite 9998 Missing	F4
N13.5LIB	14.5	Niños, libras harina 9998 Missing	F4
N13.5ONZ	14.5	Niños, onzas harina 98 Missing	F2
M13.5LIB	14.5	Madres, libras harina 9998 Missing	F4
M13.5ONZ	14.5	Madres, onzas harina 98 Missing	F2
M13.6LIB	14.6	Madres, libras leche 9998 Missing	F4

150

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
M13.6ONZ	14.6	Madres, onzas leche 98 Missing	F2
N13.6LIB	14.6	Niños, libras leche 9998 Missing	F4
N13.6ONZ	14.6	Niños, onzas leche 98 Missing	F2
N13.7ONZ	14.7	Niños, onzas trigo 98 Missing	F2
M13.7LIB	14.7	Madres, libras trigo 9998 Missing	F4
M13.7ONZ	14.7	Madres, onzas trigo 98 Missing	F2
N13.7LIB	14.7	Niños, libras trigo 9998 Missing	F4
N13.8LIB	14.8	Niños, libras otras 9998 Missing	F4
M13.8LIB	14.8	Madres, libras otras 9998 Missing	F4
M13.8ONZ	14.8	Madres, onzas otras 98 Missing	F2
N13.8ONZ	14.8	Niños onzas otras 98 Missing	F2
BON_ENCUC	15.1	Bonos, una encuesta	F1
BON_CONS	15.2	Bonos, en consulta	F1
BON_AUTO	15.3	Bonos, autoridad	F1
BON_SEGU	15.4	Bonos, segun estado	F1
BON_OTRO	15.8	Bonos, otro criterio	F1
ALI_ENCUC	16.1	Alimentos, encuesta	F1
ALI_CONS	16.2	Alimentos, consulta	F1
ALI_AUTO	16.3	Alimentos, otro autoridad	F1

**File: MC31A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
ALI_SEGU	16.4	Alimentos, segun estado	F1
ALI_OTRO	16.8	Alimentos, otros criterios	F1
COND	17.	condicion del sistema	F1
ARCHIV	18.1	como archivan los expedientes (1a respuesta)	F1
PREG17.1	18.2	2a respuesta	F1
PREG17.2	18.3	3a respuesta	F1
ARCH_OTR	18.8	archivan - otro sistema	A20
REGISTRO	19.	existe un registro diario	F1

152



**File: MC31\MC31B99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Cantidades de Alimentos y Bonos Distribuidos  
**Number of Cases:** 500  
**Number of Variables:** 12  
**Data level:** Month  
**Key variables:** CENTRO, MESES  
**Questionnaire:** MC31  
**Questions::** 20

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Numero del centro	F3
GRUPO	0.3	Grupo	F2
MESES	20.a	Meses	F2
		1 Jan 93	
		2 Feb 93	
		3 Mar 93	
		4 Abr 93	
		5 May 93	
		6 Jun 93	
		7 Jul 93	
		8 Ago 93	
		9 Sep 93	
		10 Oct 93	
		11 Nov 93	
		12 Dic 93	
		13 Ene 94	
		14 Feb 94	
		15 Mar 94	
		16 Abr 94	
		17 May 94	
		18 Jun 94	
		19 Jul 94	
		20 Ago 94	
		21 Sep 94	
		22 Oct 94	
		23 Nov 94	
		24 Dic 94	
RACIONES	20.b	RACIONES	F6
		9998 Not applicable	
		9999 Missing	

153

**File: MC31B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
LACTANT	20.c	Lactantes	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
NINOS	20.c	PAMI niños	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
EMBARAZ	20.d	Embarazadas	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
VOLUNTAR	20.f	Personas voluntarias	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
BONOS	20.g	BMI bonos	F6
		9998 Not applicable 9999 Missing	
MADRES	20.h	BMI madres	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
BMI_NINO	20.i	BMI niños	F4
		9998 Not applicable 9999 Missing	
TOTAL	20.J	BMI, Total	F6

154

**File: MC31\MC31C99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, No. de Atenciones Prestadas  
**Number of Cases:** 5747  
**Number of Variables:** 17  
**Data level:** Yearly Type of Visit  
**Key variables:** CENTRO, ANO  
**Questionnaire:** MC31  
**Questions::** 21-24

---

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Codigo del centro de salud	F3
ANO	0.2	Año de meses en el cuadro	F4
GRUPO	0.3	Grupo del Centro	F2
TOTAL	21.b	Total numero de visitas	F6
		9998 Not applicable 9999 Missing 999999 Missing	
ENERO	21.c	Mes de ... en el cuadro	F5
		99998 Not applicable 99999 Missing	
FEBRERO	21.d	Mes de ... en el cuadro	F5
		99998 Not applicable 99999 Missing	
MARZO	21.e	Mes de ... en el cuadro	F5
		99998 Not applicable 99999 Missing	
ABRIL	21.f	Mes de ... en el cuadro	F5
		99998 Not applicable 99999 Missing	
MAYO	21.g	Mes de ... en el cuadro	F5
		99998 Not applicable 99999 Missing	

165

**File: MC31C99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
JUNIO	21.h	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
JULIO	21.i	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
AGOSTO	21.j	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
SEPTIEMB	21.k	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
OCTUBRE	21.l	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
NOVIEMB	21.m	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
DICIEMB	21.n	Mes de ... en el cuadro 99998 Not applicable 99999 Missing	F5
VISITAS	21.a	Numero de visitas	A3

156

# File: MC31\MC31D99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Las Razones por las Diferencias Entre el Número de Atenciones  
**Number of Cases:** 60  
**Number of Variables:** 46  
**Data level:** Center  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC31  
**Questions::** 25

---

## Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Codigo del centro	F3
APERT90	25.1	Apertura de nuevos centros de salud	F2
APER91	25.1	Apertura de nuevos centros de salud	F2
APERT92	25.1	Apertura de nuevos centros de salud	F2
APERT93	25.1	Apertura de nuevos centros de salud	F2
CAMBIO90	25.2	Cambios de personal	F2
CAMBIO91	25.2	Cambios de personal	F2
CAMBIO92	25.2	Cambios de personal	F2
CAMBIO93	25.2	Cambios de personal	F2
CAMPAN90	25.3	Campana de vacunación	F2
CAMPAN91	25.3	Campana de vacunación	F2
CAMPAN92	25.3	Campana de vacunación	F2
CAMPAN93	25.3	Campana de vacunación	F2
LICEN90	25.4	Licencia	F2
LICEN91	25.4	Licencia	F2
LICEN92	25.4	Licencia	F2
LICEN93	25.4	Licencia	F2
VACUN90	25.5	Vacunación personal	F2
VACUN91	25.5	Vacunación personal	F2
VACUN92	25.5	Vacunación personal	F2

**File: MC31D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
VACUN93	25.5	Vacunación personal	F2
REUN90	25.6	Reuniones en la región	F2
REUN91	25.6	Reuniones en la región	F2
REUN92	25.6	Reuniones en la región	F2
REUN93	25.6	Reuniones en la región	F2
LIMP90	25.7	Limpieza del establecimiento	F2
LIMP91	25.7	Limpieza del establecimiento	F2
LIMP92	25.7	Limpieza del establecimiento	F2
LIMP93	25.7	Limpieza del establecimiento	F2
FERIAD90	25.8	Feridos nacionales	F2
FERIAD91	25.8	Feridos nacionales	F2
FERIAD92	25.8	Feridos nacionales	F2
FERIAD93	25.8	Feridos nacionales	F2
FALTA90	25.9	Falta de presupuesto/materiales	F2
FALTA91	25.9	Falta de presupuesto/materiales	F2
FALTA92	25.9	Falta de presupuesto/materiales	F2
FALTA93	25.9	Falta de presupuesto/materiales	F2
HUELGA90	25.10	Huelga	F2
HUELGA91	25.10	Huelga	F2
HUELGA92	25.10	Huelga	F2
HUELGA93	25.10	Huelga	F2
OTRO90	25.11	Otro	F2
OTRO91	25.11	Otro	F2
OTRO92	25.11	Otro	F2
OTRO93	25.11	Otro	F2

158

**File: MC31\MC31E99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Inventario de Medicamentos y Alimentos  
**Number of Cases:** 662  
**Number of Variables:** 9  
**Data level:** Type of Medicine  
**Key variables:** CENTRO, CATEGOR  
**Questionnaire:** MC31  
**Questions::** 9

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Codigo del centro	F3
GRUPO	0.2	Grupo del centro	F2
CATEGOR	9.a	Categorias y codigos	A4
CANTI_1	9.b	Primer nivel, cantidad	F10.1
CODUNI_1	9.c	Codigo unid., primer nivel	F3
CANTI_2	9.d	Segundo nivel, cantidad	F10.1
CODUNI_2	9.e	Codigo unid. Segundo nivel	F3
CANTI_3	9.f	Tercero nivel, cantidad	F10.1
CODUNI_3	9.g	Codigo unid. Tercero nivel	F3

## File: MC32MC32A99.SAV

**Description:** Cuestionario Del Centro de Salud Para Pacientes Con Diarrea  
**Number of Cases:** 254  
**Number of Variables:** 32  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PACIENT  
**Questionnaire:** MC32  
**Questions::** I-8

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	Numero de paciente	F4
CENTRO	0.2	Numero del centro de salud	F3
FECHA_DI	0.3.a	Dia de observacion	F2
FECHA_ME	0.3.b	Mes de observacion	F2
FECHA_AN	0.3.c	Año de observacion	F2
HOY_BON	0.4.a	Hoy es día de distribucion de bonos	F1
HOY_ALI	0.4.b	Hoy es día de distribucion de alimentos	F1
TITULO	0.5	Titulo de trabajador	F1
TIT_OTR	0.5.b	Otro titulo de trabajador (especifique)	A15
PREG1A	1.a	pregunta 1a	F1
PREG1B	1.b	pregunta 1b	F1
PREG1C	1.c	pregunta 1c	F1
PREG1D	1.d	pregunta 1d	F1
PREG1E	1.e	pregunta 1e	F1
PREG1F	1.f	pregunta 1f	F1
PREG1G	1.g	pregunta 1g	F1
PREG2A	2.a	pregunta 2a	F1
PREG2B	2.b	pregunta 2b	F1
PREG2C	2.c	pregunta 2c	F1
PREG2D	2.d	pregunta 2d	F1

160



**File: MC32A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG3	3.	pregunta numero 3	F1
PREG4	4.	pregunta numero 4	F1
PREG4A	4.a	pregunta 4a	F1
		8 Not applicable	
PREG4B	4.b	pregunta 4b	F1
		8 Not applicable	
PREG4C	4.c	pregunta 4c	F1
		8 Not applicable	
PREG4D	4.d	pregunta 4d	F1
		8 Not applicable	
PREG5	5.	pregunta numero 5	F1
PREG6	6.	pregunta numera 6	F1
PREG7	7.	pregunta numera 6	F1
PREG8	8.	Pregunta 8	F1

161

## File: MC33\MC33A99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Control de Crecimiento y Desarrollo  
**Number of Cases:** 467  
**Number of Variables:** 40  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PACIENT  
**Questionnaire:** MC33  
**Questions::** 1-14

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	numero de paciente	F4
CENTRO	0.2	numero de centro	F3
FECHA_DI	0.3	dia de observacion	F2
FECHA_ME	0.3	mes de observacion	F2
FECHA_AN	0.3	año de obeservacion	F2
HOY_BON	0.4	hoy distribuya bonos	F1
HOY_ALI	0.4	hoy distribuya alimentos	F1
TITULO	0.5	titulo de trabajador	F1
TIT_OTR	0.5	otro titulo de trabajador	A15
PREG1	1.	pregunta 1	F1
PREG2	2.	pregunta 2	F1
PREG2A	2.a	pregunta 2a	F1
PREG2B	2.b	pregunta 2a	F1
PREG3	3.	pregunta 3	F1
PREG3A	3.a	pregunta 3a	F1
PREG3B	3.b	pregunta 3b	F1
PREG4	4.a	pregunta 4, 1a respuesta	F1
PREG4.1	4.b	pregunta 4, 2a respuesta	F1
PREG4_OT	4.c	Pregunta 4, otra respuesta	A50
PREG5	5.	Pregunta 5	F1

**File: MC33A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG5A	5.a	pregunta 5a	F1
		8 Not applicable	
PREG5B	5.b	pregunta 5b	F1
PREG5C	5.c	Pregunta 5 c: unios los puntos de la grafica	F1
PREG6	6.	pregunta 6	F1
PREG7	7.	pregunta 7	F1
PREG8	8.	pregunta 8	F1
PREG9	9.	pregunta 9	F1
PREG10	10.	pregunta 10	F1
PREG11	11.	pregunta 11	F1
PREG12	12.	pregunta 12	F1
PREG13	13.	Pregunta 13: vitamina a si o no	F1
PREG14	14.	Pregunta 14 indicio vitamina a - si o no	F1

123

## File: MC34\MC34A99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud para Pacientes con IRA  
**Number of Cases:** 446  
**Number of Variables:** 25  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PA CIENT  
**Questionnaire:** MC34  
**Questions::** I-6

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	numero de paciente	F4
CENTRO	0.2	numero de centro	F3
FECHA_DI	0.3	día de observacion	F2
FECHA_ME	0.3	mes de observacion	F2
FECHA_AN	0.3	año de observacion	F2
HOY_BON	0.4	hoy bonos distribuyen	F1
HOY_ALI	0.4	alimentos distribuyen hoy	F1
TITULO	0.5	titulo de trabajador	F1
TIT_OTR	0.5	Otro titulo (especifique)	A15
PREG1A	1.a	pregunta 1a	F1
PREG1B	1.b	pregunta 1b	F1
PREG1C	1.c	Pregunta 1c	F1
PREG1D	1.d	Pregunta 1d	F1
PREG1E	1.e	Pregunta 1e	F1
PREG2B	2.b	Pregunta 2b	F1
PREG2C	2.c	Pregunta 2c	F1
PREG2D	2.d	Pregunta 2d	F1
PREG2E	2.e	Pregunta 2e	F1
PREG2A	2.9	pregunta 2a	F1
PREG3	3.	pregunta 3	F1

**File: MC34A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG4	4.	pregunta 4	F1
PREG5	5.	Pregunta 5	F1
PREG6	6.	Pregunta 6	F1

165

# File: MC35\MC35A99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud para Pacientes con Control Prenatal  
**Number of Cases:** 390  
**Number of Variables:** 33  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PACIENT  
**Questionnaire:** MC35  
**Questions::** I-15

---

## Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	numero de paciente	F4
CENTRO	0.2	numero de centro	F3
FECHA_DI	0.3	día de la observacion	F2
FECHA_ME	0.3	mes de la observacion	F2
FECHA_AN	0.3	año de la observacion	F2
HOY_BON	0.4	hoy distribuyan bonos	F1
HOY_ALI	0.4	hoy distribuyen alimentos	F1
TITULO	0.5	título de trabajador	F1
TIT_OTR	0.5	otro título (especifique)	A20
PREG1	1.	Pregunta 1	F1
PREG2	2.	Pregunta 2	F1
		8 Not applicable	
PREG3	3.	Pregunta 3	F1
		8 Not applicable	
PREG4	4.	Pregunta 4	F1
		8 Not applicable	
PREG5	5.	Pregunta 5	F1
		8 Not applicable	
PREG6	6.	Pregunta 6	F1
		8 Not applicable	

166

**File: MC35A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG7	7.	Pregunta 7	F1
		8 Not applicable	
PREG8	8.	Pregunta 8	F1
PREG9	9.	Pregunta 9	F1
PREG10	10.	Pregunta 10 Le hablo sobre planificacion familiar si o no	F1
PREG11A	11.a	Pregunta 11 A Examino las piernas...	F1
PREG11B	11.b	Pregunta 11 B Tomo la presion...	F1
PREG11C	11.c	pregunta 11c Midio/palpo el abdomen	F1
PREG11D	11.d	pregunta 11d Tomo el latido del corazon	F1
PREG11E	11.e	pregunta 11e	F1
PREG11F	11.f	pregunta 11 f	F1
PREG11G	11.g	pregunta 11 G Examino las mamas	F1
PREG12	12.	Pregunta 12	F1
PREG13	13.	Pregunta 13	F1
PREG14	14.	pregunta 14	F1
PREG15	15.	pregunta 15	F1

167

**File: MC36MC36A99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Planificación Familiar  
**Number of Cases:** 91  
**Number of Variables:** 36  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PACIENT  
**Questionnaire:** MC36  
**Questions::** I-16

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	numero de paciente	F4
CENTRO	0.2	numero de centro	F3
FECHA_DI	0.3	día de la observacion	F2
FECHA_ME	0.3	mes de la observacion	F2
FECHA_AN	0.3	año de la observacion	F2
HOY_BON	0.4	hoy dist. bonos	F1
HOY_ALI	0.4	hoy dist. alimentos	F1
TITULO	0.5	título de trabajador	F1
TIT_OTRO	0.5	Descripcion del título	A30
PREG1	1.	pregunta 1	F1
PREG2	2.	pregunta 2	F1
		8 Not applicable	
PREG3	3.	pregunta 3	F2
		98 Not applicable	
PREG3_OT	3.	Otro (especifique)	A15
PREG3.1	3.1	segunda respuesta para la pregunta 3	F2
		98 Not applicable	
PREG4	4.	pregunta 4	F1
		8 Not applicable	

168



**File: MC36A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG5	5.	pregunta 5 8 Not applicable	F1
PREG6	6.	pregunta 6 98 Not applicable	F2
PREG6_OT	6.	Otro (especifique)	A15
PREG7	7.	pregunta 7 8 Not applicable	F1
PREG8	8.	pregunta 8 8 Not applicable	F1
PREG9	9.	pregunta 9 8 Not applicable	F1
PREG10	10.	pregunta 10 8 Not applicable	F1
PREG11	11.	pregunta 11 8 Not applicable	F1
PREG12	12.	pregunta 12 8 Not applicable	F1
PREG13	13.	pregunta 13 98 Not applicable	F2
PREG13_O	13.	Otro (especifique)	A15
PREG14	14.	pregunta 14 8 Not applicable	F1
PREG15	15.	pregunta 15 8 Not applicable	F1
PREG16	16.	pregunta 16 8 Not applicable	F1

## File: MC37\MC37A99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Entrevista de Salida con los Pacientes  
**Number of Cases:** 679  
**Number of Variables:** 73  
**Data level:** Paciente  
**Key variables:** CENTRO, PACIENT  
**Questionnaire:** MC37  
**Questions::** I-17

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
PACIENT	0.1	Numero del paciente	F4
CENTRO	0.2	Numero de centro	F3
TIPO	0.3	Tipo de centro de salud	F1
GRUPO	0.4	Grupo	F1
FECHA_DI	0.5	Dia de la observacion	F2
FECHA_ME	0.5	Mes de la observacion	F2
FECHA_AN	0.5	Año de la observacion	F2
HOY_BON	0.6	Bonos distribuyen hoy	F1
HOY_ALI	0.6	Hoy distribuyen alimentos	F1
PREG1.1	1.1	Pregunta 1, categoria 1	F1
PREG1.2	1.2	Pregunta 1, categoria 2	F1
PREG1.3	1.3	Pregunta 1, categoria 3	F1
PREG1.4	1.4	Pregunta 1, categoria 4	F1
PREG1.5	1.5	Pregunta 1, categoria 5	F1
PREG1.6	1.6	Pregunta 1, categoria 6	F1
PREG1.7	1.7	Pregunta 1, categoria 7	F1
PREG2	2.	Pregunta 2: selecciona 1,2,8 o 9	F1
PREG3.1	3.1	Pregunta 3, categoria 1	F1
PREG3.2	3.2	Pregunta 3, categoria 2	F1
PREG3.3	3.3	Pregunta 3, categoria 3	F1

**File: MC37A99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG3.4	3.4	Pregunta 3, categoria 4	F1
PREG3.5	3.5	Pregunta 3, categoria 5	F1
PREG3.8	3.8	Pregunta 3, categoria 8	F1
P3.8_OT	3.8	Pregunta 3.8, otra respuesta	A20
PR4_HR	4.	Pregunta 4, horas	F2
PR4_MN	4.	Pregunta 4, minutos	F2
PREG5	5.	Pregunta 5	F1
PREG6	6.	Pregunta 6	F1
PREG7.1	7.1	Pregunta 7, categoria 1	F1
PREG7.2	7.2	Pregunta 7, categoria 2	F1
PREG7.3	7.3	Pregunta 7, categoria 3	F1
PREG7.4	7.4	Pregunta 7, categoria 4	F1
PREG7.5	7.5	Pregunta 7, categoria 5	F1
PREG7.6	7.6	Pregutna7, categoria 6	F1
PREG7.8	7.8	Pregunta 7, categoria 8	F1
P7.8_OT	7.8	Pregunta 7.8, otra respuesta	A20
PREG8.1	8.1	Pregunta 8, categoria 1	F1
PREG8.2	8.2	Pregunta 8, categoria 2	F1
PREG8.3	8.3	Pregunta 8,categoria 3	F1
PREG8.4	8.4	Pregunta 8, categoria 4	F1
PREG8.9	8.9	Pregunta 8, categoria 9	F1
PREG9	9.	Pregunta 9	F1
PREG10.1	10.1	Pregunta 10. Categoria 1	F1
PREG10.2	10.2	Pregunta 10, categoria 2	F1
PREG10.3	10.3	Pregunta 10, categoria 3	F1
PREG10.4	10.4	Pregunta 10, categoria 4	F1
PREG10.8	10.8	Pregunta 10, categoria 8	F1
P10.8_OT	10.8	pregunta 10.8, otro respuesto	A20
PREG11	11.	Pregunta 11	F1
P11.8_OT	11.8	Pregunta 11.8, otro respuesto	A20

171

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG12	12.	Pregunta 12	F3
PREG13	13.	Pregunta 13	F2
P14_NIV1	14.	Pregunta 14, nivel 1	F2
P14_NIV	14.	Nivel de Estudios	F1
PREG15	15.	Pregunta 15	F1
P16.OT	16.	Descripcion de otros	A35
PREG16A	16.a	Pregunta 16, primera respuesta	F1
PREG16B	16.b	Pregunta 16, segunda respuesta	F1
PREG16C	16.c	Pregunta 16, tercero respuesta	F1
PREG17	17.	Pregunta 17	F1

**File: MC38\MC38A99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Personal de Centros con Programa de Bono Materno Infantil (BMI)

**Number of Cases:** 88

**Number of Variables:** 13

**Data level:** Person

**Key variables:** CENTRO, ORDEN

**Questionnaire:** MC38

**Questions::** 38-40

---

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Número de centro	F3
ORDEN	0.2	Número de orden	F2
CARGO	38.a	Código para cargo	F2
RESPON	38.b	Responsabilidad en el programa	F1
INTRODU	39.a	Introducción del programa: ha afectado su trabajo?	F1
COD_RAZ	39.b	Si ha sido afectado cómo? (1o razón)	F2
COD_RAZ1	39.b	Si ha sido afectado cómo? (2o razón)	F2
RAZON	39.c	Otra razón?	A12
SALARIO	40.a	Título salario mensual (1993)	F6
		9999 Missing	
PAGOS	40.b	Otros pagos por año	F6
		9999 Missing	
ANO_TOT	40.c	Compensacion total por año (1993)	F6
		9999 Missing	

## File: MC38MC38B99.SAV

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Actividades del Personal de Salud Involucrado en el Programa BMI

**Number of Cases:** 44

**Number of Variables:** 93

**Data level:** Person

**Key variables:** CENTRO, NUM\_ORD

**Questionnaire:** MC38

**Questions::** 41-42

---

### Variable Information:

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	número del centro	F3
MES	0.2	el mes que es 12 meses antes de la entrevista	A3
NUM_ORD	0.3	número de orden del cuadro 1 desde Cuestionario MC18a	F2
CAR_COD	0.4	código del cargo	F2
PREG1	41.1	pregunta 1	F1
PREG1A	41.1.a	pregunta 1, categoría a	F1
PREG1A8	41.1.a	pregunta 1, categoría a, número 8: Otro	A15
PREG1B_M	41.1.b	pregunta 1, categoría b,	F2
PREG1B_A	41.1.b	pregunta 1, categoría b,	F2
PREG1C	41.1.c	pregunta 1, categoría c	F1
PREG1C4	41.1.c	pregunta 1, categoría c, número 4: Otro	A15
PREG1D_H	41.1.d	pregunta 1, categoría d, horas	F2
PREG1D_M	41.1.d	pregunta 1, categoría d, minutos	F2
PREG1E	41.1.e	pregunta 1, categoría e	F1
PREG1E2	41.1.e	pregunta 1, categoría e, número 2: Otro lugar	A15
CON SIS2	41.1.c	NO.1C, EN QUE CONSISTIO... OTRO RESPUESTO	F1
CON SIS3	41.1.c	NO.1C, EN QUE CONSISTIO... OTRO RESPUESTO	F1
PREG2	41.2	pregunta 2	F1

File: MC38B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
PREG2A	41.2.a	pregunta 2, categoría a: Lps 9999 Missing	F6
PREG3	41.3	pregunta 3	F1
ACT1	41.3.a	actividad(es) en pregunta 3a.; menciono o no menciono	F1
ACT2	41.3.a	actividad(es) en pregunta 3a.; menciono o no menciono	F1
ACT3	41.3.a	actividad(es) en pregunta 3a.; menciono o no menciono	F1
ACT4	41.3.a	actividad(es) en pregunta 3a.; menciono o no menciono	F1
ACT8	41.3.a	actividad(es) en pregunta 3a.; menciono o no menciono	F1
OTRO_3A8	41.3.a	Otro (especifique) pregunta 3a, número 8	A10
ACT1_DI	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, dias	F3
ACT2_DI	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, dias	F3
ACT3_DI	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, dias	F3
ACT4_DI	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, dias 99 Missing	F3
ACT8_DI	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, dias	F3
ACT1_HR	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, horas/dia	F3
ACT2_HR	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, horas/dia	F3
ACT3_HR	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, horas/dia 99 Missing	F3
ACT4_HR	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, horas/dia 99 Missing	F3
ACT8_HR	41.3.a	pregunta 3a, tiempo utilizado, horas/dia	F3
PREG4.1	41.4.1	pregunta 4, categoría 1	F1
PREG4.2	41.4.2	pregunta 4, categoría 2	F1
PREG4.3	41.4.3	pregunta 4, categoría 3	F1
PREG4.4	41.4.4	pregunta 4, categoría 4	F1
PREG4.5	41.4.5	pregunta 4, categoría 5	F1
PREG4.8	41.4.8	pregunta 4, categoría 8	F1
P4.8_OT	41.4.8	DESCRIPCION DE OTROS	A40
PREG10	42.10	pregunta 10	F1

175

**File: MC38B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG11	42.11	pregunta 11	F1
PREG11A	42.11.a	Pregunta 11, otra respuesta	F1
PREG11B	42.11.b	Pregunta 11, otra respuesta	F1
P11.OT	42.11	Descripcion de otros en la p11	A35
P5_HR	42.5	pregunta 5, horas	F2
		99 Missing	
P5A_HR	42.5.a	pregunta 5A,horas	F2
		99 Missing	
P5B_HR	42.5.b	pregunta 5B horas	F2
		99 Missing	
P5_MN	42.5	pregunta 5, minutos	F2
		99 Missing	
P5A_MN	42.5.a	pregunta 5A, minutos	F2
		99 Missing	
P5B_MN	42.5.b	pregunta 5B, minutos	F2
		99 Missing	
PREG6	42.6	pregunta 6	F4
P7A_DI	42.7.a	pregunta 7A, dias	F2
P7B_DI	42.7.b	pregunta 7B, dias	F2
P7C_DI	42.7.c	pregunta 7C, dias	F2
P7D_DI	42.7.d	pregunta 7D, dias	F2
P7E_DI	42.7.e	pregunta 7E, dias	F2
P7A_HR	42.7.a	pregunta 7a, horas	F2
P7B_HR	42.7.b	pregunta 7A, horas	F2
P7C_HR	42.7..c	pregunta 7C, horas	F2
P7D_HR	42.7.d	pregunta 7D, horas	F2
P7E_HR	42.7.e	pregunta 7E, horas	F2
DIASA	42.7.a	Numero 7: horas por dia	F2
DIASB	42.7.b	Numero 7: horas por dia	F2
DIASC	42.7.c	Numero 7: horas por dia	F2

176



**File: MC38B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
DIASD	42.7.d	Numero 7: horas por dia	F2
DIASE	42.7.e	Numero 7: horas por dia	F2
PREG8	42.8	pregunta 8	F1
P8A1	42.8.a	pregunta 8, categoría a, número uno	F1
P8A2	42.8.a	pregunta 8, categoría a, número dos	F1
PREG8A3	42.8.a	Pregunta 8a3	F1
P8A8	42.8.a	pregunta 8, categoría a, número ocho	F1
P8A_OT	42.8.a	Pregunta 8.a, otra respuesta	A30
PREG9	42.9	pregunta 9	F1

**File: MC38\MC38C99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Director del Centro con Programas de BMI  
**Number of Cases:** 20  
**Number of Variables:** 26  
**Data level:** Centro  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC38  
**Questions::** 43.1-8

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Número de centro	F3
PREG1	43.1	Pregunta 1	F1
PREG1A.1	43.1.a	Número 1a, pregunta 1	F1
PREG1A.2	43.1.a	Número 1a, pregunta 2	F1
PREG1A.8	43.1.a	Número 1a, pregunta 8	F1
PREG1B.1	43.1.b	Número 1b, pregunta 1: ingreso	F1
PREG1B.2	43.1.b	Número 1b, pregunta 2: número de hijos	F1
PREG1B.3	43.1.b	Número 1b, pregunta 3: estado nutricional	F1
PREG1B.4	43.1.b	Número 1b, pregunta 4: condicion	F1
PREG1B.5	43.1.b	Número 1b, pregunta 5, que no tenga...	F1
PREG1B.8	43.1	Número 1b, pregunta 8, otros	F1
PREG2	43.2	Pregunta 2	F1
PREG3	43.3	Pregunta 3	F1
PREG4	43.4	Pregunta 4	F1
PREG5	43.5	Pregunta 5	F1
PREG5A.1	43.5.a	Número 5a, pregunta 1	F1
PREG5A.2	43.5.a	Número 5a, pregunta 2	F1
PREG5A.8	43.5.a	Número 5a, pregunta 8: otros	F1
P5A8_OTR	43.5.a	Número 5a, pregunta 8, otra respuesta	A15
PREG5B	43.5.b	Pregunta 5 b	F1

**File: MC38C99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PREG6A	43.6.a	Número 6a	F3
PREG6B	43.6.b	Pregunta 6b	F3
PREG7	43.7	Pregunta 7	F1
PREG8	43.8	Pregunta 8	F1

**File: MC38MC38D99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Director del Centro con Programas de BMI, continuado

**Number of Cases:** 2

**Number of Variables:** 54

**Data level:** Centro

**Key variables:** CENTRO

**Questionnaire:** MC38

**Questions::** 44.1-4, 45.1-10

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Numero de centro	F3
P1_MES	41.1	Pregunta 1, No. Meses	F2
		99 Missing	
P1_ANO	41.1	Pregunta 1, año	F2
		99 Missing	
P2_CNT	41.2	Pregunta 2, no. Centros	F3
P2A_BON	41.2.A	Pregunta 2a, no. Bonos	F3
		999 Missing	
P2A_TOT	41.2.a	Pregunta 2a, total no. Bonos	F4
		9999 Missing	
P3	41.3	Pregunta 3	F1
P4	41.4	Pregunta 4, no. Lps.	F4
		9999 Missing	
SALARIO	45.1.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS	45.1.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL	45.1.d	Compensacion total de personal	F6
CARGO	45.1.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
CARGO10	45.10.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR10	45.10.b	Salario mensual de personal	F6

**File: MC38D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PAGOS10	45.10.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL10	45.10.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO11	45.11.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
PAGOS11	45.11.c	Otros pagos de personal	F6
SALAR11	45.11.b	Salario mensual de personal	F6
TOTAL11	45.11.d	Compensacion total de personal	F6
CARGO2	45.2.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR2	45.2.b	Salario mensual de personal	F6
		9999 Missing	
PAGOS2	45.2.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL2	45.2.d	Compensacion total de personal	F6
		9999 Missing	
CARGO3	45.3.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR3	45.3.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS3	45.3.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL3	45.3.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO4	45.4.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR4	45.4.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS4	45.4.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL4	45.4.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO5	45.5.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR5	45.5.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS5	45.5.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL5	45.5.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO6	45.6.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR6	45.6.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS6	45.6.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL6	45.6.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO7	45.7.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR7	45.7.b	Salario mensual de personal	F6

181

**File: MC38D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PAGOS7	45.7.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL7	45.7.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO8	45.8.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR8	45.8.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS8	45.8.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL8	45.8.e	Compensacion total de personal	F6
CARGO9	45.9.a	Codigo del cargo que desempeña el personal	F2
SALAR9	45.9.b	Salario mensual de personal	F6
PAGOS9	45.9.c	Otros pagos de personal	F6
TOTAL9	45.9.e	Compensacion total de personal	F6
TOTALL	xxx	Para verificar totales	F7

142

**File: MC38\MC38E99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Director del Centro con Programas de BMI, continuado

**Number of Cases:** 2

**Number of Variables:** 27

**Data level:** Person

**Key variables:** CENTRO, ORDEN

**Questionnaire:** MC38

**Questions::** 46.6-8

---

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Número de centro	F3
ORDEN	0.2	Número de orden (entrevistado)	F3
PARTI_6A	46.6.a	Pregunta 6.a, Participación	F1
PARTI_6B	46.6.b	Pregunta 6.b, Participación	F1
PARTI_6D	46.6.c	Pregunta 6.c, Participación	F1
PARTI_6C	46.6.d	Pregunta 6.d, Participación	F1
PARTI_6E	46.6.e	Pregunta 6.e, Participación	F1
PARTI_6F	46.6.f	Pregunta 6.f, Participación	F1
N6A_MES	46.6.a	Pregunta 6.a, horas de mes	F3
N6B_MES	46.6.b	Pregunta 6.b, horas de mes	F3
N6C_MES	46.6.c	Pregunta 6.c, horas de mes	F3
N6D_MES	46.6.d	Pregunta 6.d, horas de mes	F3
N6E_MES	46.6.e	Pregunta 6.e, horas de mes	F3
N6F_MES	46.6.f	Pregunta 6.f, horas de mes	F3
N6A_ANO	46.6.a	Pregunta 6.a, horas de año	F4
N6B_ANO	46.6.b	Pregunta 6.b, horas de año	F4
N6C_ANO	46.6.c	Pregunta 6.c, horas de año	F4
N6E_ANO	46.6.e	Pregunta 6.e, horas de año	F4
N6D_ANO	46.6.d	Pregunta 6.d, horas de año	F4

**File: MC38E99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
N6F_ANO	46.6.f	Pregunta 6.f, horas de año	F4
PARTI_7	46.7	Pregunta 7, Participación	F1
N7_MES	46.7	Pregunta 7, Número 7, horas por mes	F3
N7_ANO	46.7	Pregunta 7, Número 7, horas por año	F4
PARTI_8	46.8	Pregunta 8, Participación	F1
N8_MES	46.8	Pregunta 8, horas por mes	F3
N8_ANO	46.8	Pregunta 8, horas por año	F4

189



**File: MC39\MC39A99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Personal de Centros con Programa de PAMI  
**Number of Cases:** 66  
**Number of Variables:** 13  
**Data level:** Person  
**Key variables:** CENTRO, ORDEN  
**Questionnaire:** MC39  
**Questions:** 47, 48, 49

---

**Variable Information:**

Name	Question	Description	Format
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	numero de centro	F3
ORDEN	0.2	Numero de orden	F2
CARGO	47.a	Codigo para cargo	F2
RESPON	47.b	Responsibilidad en el programa	F1
INTRODU	48.a	Introduccion del programa: ha afectado su trabajo?	F1
RAZON	48.c	Si ha afectado, como?	A12
COD_RAZ	48.b	Codigo para la razon	F2
SALARIO	49.a	Titulo salario mensual (1993)	F6
		9999 Missing	
PAGOS	49.b	Otros pagos por año	F6
		9999 Missing	
ANO_TOT	49.c	Compensacion total por año (1993)	F6
		9999 Missing	

185

**File: MC39MC39B99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Personal de Centros con Programa de PAMI, continuado

**Number of Cases:** 39

**Number of Variables:** 116

**Data level:** Person

**Key variables:** CENTRO, NUM\_ORD

**Questionnaire:** MC39

**Questions:** 50

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Numero de centro	F3
NUM_ORD	0.2	Numero de orden (de MC19A)	F2
NO.1A	50.1.a	Numero 1A	F1
NO.1A8	50.1.a	Numero 1A, categoria 8: Otro	A10
NO.1B_ME	50.1.b	Numero 1B, Meses	F2
		99 Missing	
NO.1B_AN	50.1.b	Numero 1B, Años	F2
NO.1C	50.1.c	Numero 1c	F1
NO.1C8	50.1.c	Numero 1C, categoria 8: Otro	A10
NO.1D_HO	50.1.d	Numero 1D, Horas	F2
NO.1D_MI	50.1.d	Numero 1D, Minutos	F2
NO.1E	50.1.e	Numero 1E	F1
NO.1E2	50.1.e	Numero 1E, Categoria 2: Otro Lugar	A10
NO.1	50.1	numero 1	F1
NO.2	50.2	Numero 2	F1
NO.2A	50.2.a	Numero 2A: Lempiras	F4
NO.2B	50.2.b	Numero 2B: No. de Veces	F2
NO.3	50.3	Numero 3	F1
NO.3A1	50.3.a	Numero 3A, pregunta 1	F1

**File: MC39B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NO.3A2	50.3.a	numero 3a, pregunta 2	F1
NO.3A3	50.3.a	Numero 3A, pregunta 3	F1
NO.3A4	50.3.a	Numero 3A, pregunta 4	F1
NO.3A5	50.3.a	Numero 3A, pregunta 5	F1
NO.3A6	50.3.a	Numero 3A, pregunta 6	F1
NO.3A8	50.3.a	Numero 3a, pregunta 8	F1
N3A2_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 2, dias	F2
N3A3_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 3, dias	F2
N3A4_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 4, dias	F2
		99 Missing	
N3A5_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 5, dias	F2
N3A6_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 6, dias	F2
N3A8_D	50.3.a	numero 3a, pregunta 8, dias	F2
N3A1_H	50.3.a	numero 3a, pregunta 1, horas/dia	F2
N3A2_H	50.3.a	numero 3a, pregunta 2, horas/dia	F2
N3A3_H	50.3.a	numero 3a, pregun.3, horas/dia	F2
N3A4_H	50.3.a	numero 3a, preg.4, horas/dia	F2
N3A5_H	50.3.a	numero 3a, preg 5, horas/dia	F2
N3A6_H	50.3.a	numero 3a, preg.6, horas/dia	F2
N3A8_H	50.3.a	numero 3a, preg.8, horas/dia	F2
N3A1_D	50.3.a	num 3a. preg.1 dias	F2
NO.3A8_O	50.3.a	Otras actividades	A25
NO.4.1	50.4.1	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.2	50.4.2	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.3	50.4.3	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.4	50.4.4	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.5	50.4.5	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.8	50.4.8	Numero 4, pregunta #	F1
NO.4.4OT	50.4.4	Otros procedimientos para entregar PAMI	A30
NO.4.5OT	50.4.5	Otros procedimientos para entregar PAMI	A30

File: MC39B99.SAV, continued

Name	Question	Description	Format
NO.4.8OT	50.4.8	Otros procedimientos para entregar PAMI	A30
NO.5_HOR	50.5	Numero 5, Horas	F3
		99 Missing	
NO.5_MIN	50.5	Numero 5, minutos	F2
		99 Missing	
NO.6	50.6	Numero 6	F1
NO.6A_HO	50.6	Numero 6A, Horas	F4.1
NO.6A_CA	50.6.a	Numero 6a, Cada (mes o año)	F1
NO.7.1	50.7.1	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7.2	50.7.2	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7.3	50.7.3	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7.4	50.7.4	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7.5	50.7.5	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7.8	50.7.8	Numero 7, pregunta #	F1
NO.7OTRO	50.7	Otra forma de mejorar la distribucion	A20
PREG8A	50.8.a	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8B	50.8.b	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8C	50.8.c	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8D	50.8.d	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8E	50.8.e	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8F	50.8.f	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
PREG8G	50.8.g	pregunta 8(letra) Participa: Si o No	F1
N8AHRMES	50.8.a	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8BHRMES	50.8.b	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8CHRMES	50.8.c	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8DHRMES	50.8.d	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8EHRMES	50.8.e	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8FHRMES	50.8.f	Pregunta 8(Letra), Horas por mes	F4.1
N8AHRANO	50.8.a	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8BHRANO	50.8.b	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1

158

**File: MC39B99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
N8CHRANO	50.8.c	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8DHRANO	50.8.d	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8EHRANO	50.8.e	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8FHRANO	50.8.f	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8GHRANO	50.8.g	Pregunta 8 (Letra), Horas por año	F5.1
N8GHRMES	50.8.g	pregunta 8 G; Numero Horas de mes	F4.1
NO.8G_OT	50.8.g	No.8,otro respuesto	A50
OTRO8G	50.8.g	Otro respuesto, No. 8g	A50
PARTI_OT	50.8.g	Participacion, No. 8g, otro	F1
MES8G	50.8.g	Otro mes, No. 8g	F4.1
ANO8G	50.8.g	otro respuesto, 8g, año	F4.1

**File: MC39\MC39C99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Preguntas para el Director del Centro con Programa de PAMI  
**Number of Cases:** 20  
**Number of Variables:** 56  
**Data level:** Centro  
**Key variables:** CENTRO  
**Questionnaire:** MC39  
**Questions:** 51

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	Número de Centro	F3
NO.1	51.1	Numero 1	F1
NO.1A.1	51.1.a	Número 1a, pregun.1	F1
NO.1A.2	51.1.a	número 1A, pregunta 2	F1
NO.1A.8	51.1.a	Número 1A, pregunta 8	F1
NO.1B.1	51.1.b	número 1b, pregunta 1	F1
NO.1B.2	51.1.b	Num.1b, pregunta 2	F1
NO.1B.3	51.1.b	Número 1B, preg.3	F1
NO.1B.4	51.1.b	Número 1B, pregunta 4	F1
NO.1B.5	51.1.b	Número 1b, pregunta 5	F1
NO.1B.8	51.1.b	Número 1b, pregunta 8	F1
NO.10	51.10	Número 10	F1
NO.10.3	51.10.3	Número 10, categoría 3, valor:Lps	F6
NO.10.5	51.10.5	Número 10, Categoría 5; Valor: Lps	F6
NO.2	51.2	Número 2	F1
NO.3	51.3	Número 3	F1
NO.4	51.4	Número 4	F1
NO.5	51.5	Número 5	F1
NO.5A.1	51.5.a	Número 5A, preg.1	F1
NO.5A.2	51.5.a	Número 5a, preg.2	F1

**File: MC39C99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NO.5A.8	51.5.a	Número 5A, preg.8	F1
NO.5B	51.5.b	Número 5B	F1
NO.6A	51.6.a	Número 6, categoría a: Personas	F3
NO.6B	51.6.b	Número 6, categoría b: Familias	F3
NO.7	51.7	Número 7	F1
N8.1_H	51.8.1	Número 8, preg.1, horas	F2
N8.1_HO	51.8.1	Número 8, preg.1, hombre	F4
N8.1_AN	51.8.1	Número 8, preg.1, año	F2
N8.1_LPS	51.8.1	Número 8, preg.1, Lps	F5
N8.1_ANO	51.8.1	Número 8, preg.1, años	F2
N8.2_H	51.8.2	número 8, preg.2, horas	F2
N8.3_H	51.8.3	número 8, preg.3 horas	F2
N8.4_H	51.8.4	número 8, preg.4, horas	F2
N8.8_H	51.8.8	número 8,preg 8, horas	F2
N8.2_HO	51.8.2	número 8, preg.2, hombre	F4
N8.3_HO	51.8.3	num.8 preg.3 hombre	F4
N8.4_HO	51.8.4	num.8 preg.4 hombre	F4
N8.8_HO	51.8.8	num.8 preg.8 hombre	F4
N8.2_AN	51.8.2	num.8 preg.2, año	F2
N8.3_AN	51.8.3	num.8 preg.3 año	F2
N8.4_AN	51.8.4	num.8 preg.4 año	F2
N8.8_AN	51.8.8	num.8 preg.8 años	F2
N8.2_LPS	51.8.2	num 8 preg 2 lps	F5
N8.3_LPS	51.8.3	num 8 preg 3 Lps	F5
N8.4_LPS	51.8.4	Num 8 preg 4 : Lps	F5
N8.8_LPS	51.8.8	Num 8, preg.8 Lps	F5
N8.2_ANO	51.8.2	num 8 preg 2 años	F2
N8.3_ANO	51.8.3	nume 8 preg 3 años	F2
N8.4_ANO	51.8.4	num 8., preg.4 años	F2
N8.8_ANO	51.8.8	número 8 pregunta 8 años	F2

101

**File: MC39C99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NO8.8_OT	51.8.8	Número 8, pregunta 8, otra respuesta	A30
NO.9	51.9	Número 9	F4
		999 Missing	

192



**File: MC39MC39D99.SAV**

**Description:** Cuestionario del Centro de Salud, Centros de Salud en el Estudio de esta area. Preguntas para el Jefe de Area y el Administrador del Area, y Preguntas para el Personal del Area que Participa en el Programa.

**Number of Cases:** 2

**Number of Variables:** 108

**Data level:** Centro

**Key variables:** CENTRO

**Questionnaire:** MC39

**Questions:** 52, 53, 54

---

**Variable Information:**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
PACKET	0.0	Packet number	F2
CENTRO	0.1	codigo del centro de salud	F3
REGION	0.2	Código para region	F2
AREA	0.3	codigo para el area	F2
NOM_NO.1	52.1	Números de los centros de salud	F4
NOM_NO10	52.10	Números de los centros de salud	F4
BEN1	52.1	Numero de beneficiarios	F4
BEN10	52.10	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO11	52.11	Números de los centros de salud	F4
BEN11	52.11	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO12	52.12	Números de los centros de salud	F4
BEN12	52.12	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO13	52.13	Números de los centros de salud	F4
BEN13	52.13	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO14	52.14	Números de los centros de salud	F4
BEN14	52.14	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO15	52.15	Números de los centros de salud	F4
BEN15	52.15	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO16	52.16	Números de los centros de salud	F4
BEN16	52.16	Numero de beneficiarios	F4

193

**File: MC39D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NOM_NO17	52.17	Números de los centros de salud	F4
BEN17	52.17	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO18	52.18	Números de los centros de salud	F4
BEN18	52.18	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO19	52.19	Números de los centros de salud	F4
BEN19	52.19	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.2	52.2	Números de los centros de salud	F4
NOM_NO20	52.20	Números de los centros de salud	F4
BEN2	52.2	Numero de beneficiarios	F4
BEN20	52.20	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO21	52.21	Números de los centros de salud	F4
BEN21	52.21	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO22	52.22	Números de los centros de salud	F4
BEN22	52.22	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO23	52.23	Números de los centros de salud	F4
BEN23	52.23	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO24	52.24	Números de los centros de salud	F4
BEN24	52.24	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO25	52.25	Números de los centros de salud	F4
BEN25	52.25	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.3	52.3	Números de los centros de salud	F4
BEN3	52.3	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.4	52.4	Números de los centros de salud	F4
BEN4	52.4	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.5	52.5	Números de los centros de salud	F4
BEN5	52.5	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.6	52.6	Números de los centros de salud	F4
BEN6	52.6	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.7	52.7	Números de los centros de salud	F4
BEN7	52.7	Numero de beneficiarios	F4

10/11

**File: MC39D99.SAV, continued**

Name	Question	Description	Format
NOM_NO.8	52.8	Números de los centros de salud	F4
BEN8	52.8	Numero de beneficiarios	F4
NOM_NO.9	52.9	Números de los centros de salud	F4
BEN9	52.9	Numero de beneficiarios	F4
NO.1_DIA	53.1	Número 1, categorías: día 99 Missing	F2
NO.1_MES	53.1	Número 1, categoría: mes 99 Missing	F2
NO.1_ANO	53.1	Número 1, categoría: año 99 Missing	F2
NO.2_CEN	53.2	Número 2, no. Centros de esta área están participando en el programa	F4
PAGOS1	54.1.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
SALAR1	54.1.b	Salario del empleado PAMI	F4
TOTAL1	54.1.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO1	54.1.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR2	54.2.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS2	54.2.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL2	54.2.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO2	54.2.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR3	54.3.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS3	54.3.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL3	54.3.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO3	54.3.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR4	54.4.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS4	54.4.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL4	54.4.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO4	54.4.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR5	54.5.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS5	54.5.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL5	54.5.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5

195

**File: MC39D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
CARGO5	54.5.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR6	54.6.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS6	54.6.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL6	54.6.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO6	54.6.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR7	54.7.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS7	54.7.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL7	54.7.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO7	54.7.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
SALAR8	54.8.b	Salario del empleado PAMI	F4
PAGOS8	54.8.c	Otros pagos que se le hacen al empleado PAMI	F4
TOTAL8	54.8.d	Compensacion total del empleado PAMI	F5
CARGO8	54.8.a	Codigo del cargo ue desempeña	F3
NO.4A	55.a	Número 4, Actividad A	F1
NO.4B	55.b	Número 4, Actividad B	F1
NO.4C	55.c	Número 4, Actividad C	F1
NO.4D	55.d	Número 4, Actividad D	F1
NO.4E	55.e	Número 4, Actividad E	F1
NO.4F	55.f	Número 4, Actividad F: Otras actividades	F1
N4A_MES	55.a	Número 4, horas por mes	F4.1
N4B_MES	55.b	Número 4, horas por mes	F4.1
N4C_MES	55.c	Número 4, horas por mes	F4.1
N4D_MES	55.d	Número 4, horas por mes	F4.1
N4E_MES	55.e	Número 4, horas por mes	F4.1
N4F_MES	55.f	Número 4, horas por mes	F4.1
N4A_ANO	55.a	Número 4, horas por año	F5.1
N4B_ANO	55.b	Número 4, horas por año	F5.1
N4C_ANO	55.c	Número 4, horas por año	F5.1
N4D_ANO	55.d	Número 4, horas por año	F5.1
N4E_ANO	55.e	Número 4, horas por año	F5.1

1916

**File: MC39D99.SAV, continued**

<b>Name</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
N4F_ANO	55.f	Número 4, horas por año	F5.1

197

**File: BSALUD\BSALUD.SAV**

**Description:** Health statistics for communities served by health centers  
**Number of Cases:** 856  
**Number of Variables:** 23  
**Data level:** Aldea  
**Key variables:** CENTRO, DEPTO, MUNIC, MUNICI, ALDEA (ORDEN)  
**Questionnaire:**  
**Questions:**

---

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
CENTRO		Codigo del centro	A2
TIPO		Tipo de centro	A1
REGION		Codigo de region	A1
AREA		Codigo de area	A1
DEPTO		Codigo de depto	A2
MUNIC		Codigo de municipio del centro de salud	A2
NLINEA		# de lugares en el area de influencia	F2
POB		Poblacion del area de influencia	A5
ORDEN		Orden de linea	A2
		1-90 Numero del aldea	
		99 Total por todos los aldeas para el centro	
MUNICI		Codigo del municipio que comprende la aldea del area de influencia	A2
ALDEA		Nombre de la aldea o caserio del area de influencia	A15
POBT		Poblacion total	F5
TOTV		Total # de viviendas	F4
EMBV		# de viviendas con mujeres embarazadas y/o niños < de 5 años	F4
TOTC		Total de carpetas en el centro en 1994	F4
EMBC		# de carpetas con embarazadas y/o < 5 años	F4
BENAC		# de carpetas con beneficiarios de alimentos	F4
BENBC		# de carpetas con beneficiarios de bonos	F4
FUENTE		Codigo 1 para cefasa	A1

178

**File: BSALUD.SAV, continued**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
F2		Codigo 2 para datos estimados	A1
F3		Codigo 8 para otro	A1
F31		Descripcion de otro	A35
ANO		Año de la informacion	A4

199

**File: MCHH\FOCUS2.SAV**

**Description:** Order numbers for focus mother and two focus children in each households  
**Number of Cases:** 1,418  
**Number of Variables:** 10  
**Data level:** Vivienda  
**Key variables:** NUMBOL  
**Questionnaire:**  
**Questions:**

---

**Variable Information:**

<b>Variable</b>	<b>Question</b>	<b>Description</b>	<b>Format</b>
NUMBOL		Boleta number	F4
VIVIENDA		Household no.	F3
DEPARTA		Departamento	F2
MUNICIP		Municipio	F2
CENTRO		Health Center/Lactario	F2
REGION		Health Region	F1
AREA		Health Area	F2
FMOTHER		Focus mother order no.	F2
FMOTHER		Focus mother order no.	F2
FCHILD1		Focus child #1 order no.	F2
FCHILD2		Focus child #2 order no.	F2

200



**File: MCHH\FACCOM.SAV**

**Description:** Unit weights for food consumption data  
**Number of Cases:** 387  
**Number of Variables:** 6  
**Data level:** Ingredient-form-unit  
**Key variables:** FORMA, INGRE, UNIDAD  
**Questionnaire:**  
**Questions:**

---

**Variable Information:**

Variable	Question	Description	Format
INGRE		Type of product <i>See Code List #7</i>	F3
FORMA		Form of product <i>See Code List #6</i>	F1
F_INGRE		Form + type of product	F4
UNIDAD		Unit of measure <i>See Code List #8</i>	F2
FACTOR1		Net unit weight, <i>i.e.</i> , excluding non-edible portions (grams)	F12.7
FACTOR2		Gross unit weight <i>i.e.</i> , including non-edible portions (grams)	F12.7

### 3. CODE LISTS

This section contains the following lists of codes not found on the questionnaire forms:

- Code List #1 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del PRAF (BMI)
- Code List #2 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del CARE (PAMI)
- Code List #3 -- CNC's, CEDIN's y Lactarios
- Code List #4 -- Centros de Salud Donde No Existe Ningun Beneficio
- Code List #5 -- Codigos de Departamentos y de Municipales
- Code List #6 -- Formas de Los Productos Alimenticos y Cultivos
- Code List #7 -- Productos Alimenticos y Cultivos
- Code List #8 -- Unidad de Medida de Cantidad
- Code List #9 -- Productos Para Los Precios Al Por Menor (MC23)

All other codes can be found on the questionnaires in Section 4 of this documentation.

105

3-2

Honduras MCH Data File Documentation

Code List #1 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del PRAF (BMI)

Codigo	Departamento	Municipio	Nombre	Nivel	Direccion	Beneficiarios
02	La Paz	San Pedro De Tutule	Tutule	Cesamos	Tutule	832
03	La Paz	Santa Ana	Estancias	Cesares	Estancias	2916
04	La Paz	Santa Elena	Sabanetas	Cesares		1079
05	La Paz	Santa Elena	El Zancudo	Cesares		150
07	Ocotepeque	Belen Gualcho	Belen Gualcho	Cesamo		7112
08	Ocotepeque	La Encarnacion	La Encarnacion	Cesamo		254
09	Ocotepeque	Lucerna	Lucerna	Cesares		360
10	Ocotepeque	San Fernando	San Fernando	Cesamo		344
11	Ocotepeque	San Jorge	San Jorge	Cesares		240
12	Santa Barbara	Macuelizo	Macuelizo	Cesamo		280
13	Santa Barbara	Macuelizo	San Jose De Los Tarros	Cesares		307
14	Santa Barbara	Macuelizo	Trasceros	Cesamos		747
15	Santa Barbara	Proteccion	Proteccion	Cesamos		1900
16	Santa Barbara	Quimistan	Quimistan	Cesamos	Quimistan	1721
17	Santa Barbara	San Francisco De Ojuera	San Francisco De Ojuera	Cesares		310
18	Santa Barbara	Petoa	Pueblo Nuevo	Cesares	Petoa, Pueblo Nuevo	263
19	Santa Barbara	San Marcos	San Marcos	Cesamos		931
20	Santa Barbara	San Nicolas	San Nicolas	Cesamos		1206
84	Santa Barbara	San Luis	San Isidro	Cesares		344
86	Ocotepeque	Fraternidad	Fraternidad	Cesares		547

**Code List #2 -- Centros de Salud Donde Existe Beneficio del CARE (PAMI)**

<b>Codigo</b>	<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nivel</b>	<b>Direccion</b>	<b>Beneficiarios</b>
21	Copan	Cucuyagua	Cucuyagua	Cesamos	Cucuyagua,	134
22	Copan	La Union	La Union	Cesares	La Union,	160
23	Choluteca	El Corpus	El Chaguite	Cesares	El Chaguite, El Corpus	120
24	Choluteca	Marcovia	Marcovia	Cesares	Marcovia	1607
25	Choluteca	Orocuina	Mata Palo Abajo	Cesares	Mata Palo Abajo	180
26	Choluteca	San Marcos De Colon	San Francisco	Cesares	San Francisco, San Marcos De Colon	100
27	Choluteca	Santa Ana Yusguare	Santa Ana Yusguare	Cesares	Yusguare, Santa Ana De Yusguare	133
28	El Paraiso	Danli	Chichicaste, Danli	Cesares	Chichicaste, Danli	152
29	El Paraiso	Danli	Danli	Cesares	Jutiapa, Danli	160
30	El Paraiso	Danli	Danli	Cesares	El Zarzal	104
31	El Paraiso	Potrerillos	Potrerillos	Cesares	Potrerillos,	70
32	El Paraiso	Danli	Porvenir # 1	Cesares	El Porvenir # 1, Danli	176
33	El Paraiso	Danli	Villa Santa	Cesares	Villa Santa, Danli	70
34	El Paraiso	Danli	Jacaleapa	Cesares	Danli, Jacaleapa	825
35	El Paraiso	Danli	Santa Cruz	Cesares	Danli, Santa Cruz	1050
36	Intibuca	Concepcion	Concepcion	Cesares	Concepcion, Concepcion	202
37	Intibuca	San Miguelito	San Miguelito	Cesares	San Miguelito,	167
38	La Paz	Aguanqueterique	Aguanqueterique	Cesares	Aguanqueterique	205
39	Lempira	La Campa	La Campa	Cesares	La Campa,	160
82	Lempira	Gracias	Gracias	Cesamo	Gracias	140

204

205

3-4

Honduras MCH Data File Documentation

## Code List #3 -- CNC's, CEDIN's y Lactarios

Codigo	Departamento	Municipio	Nombre	Direccion	Beneficiarios
61	Copan	Cucuyagua	CNC	Santa Lucia, La Labor	40
62	Choluteca	Choluteca	Lactario	El Tambor, Marcovia	50
63	Choluteca	Choluteca	Lactario Familias Unidas	Cedeño, Marcovia	45
64	Choluteca	Santa Ana Yusguare	Lactario	Tablones Abajo	50
65	Choluteca	Pespire	Lactario Save the Children	Crucitas 2, Pespire	50
66	Choluteca	Pespire	Lactario	San Juan Bautista, Pespire	50
67	Choluteca	San Marcos De Colon	Lactario	El Jocote, San Marcos De Colon	50
68	El Paraiso	El Paraiso	CEDIN	Agua Zarca, Alauca	50
69	El Paraiso	Teupasenti	Lactario	Teupasenti, Teupasenti	50
70	Intibuca	La Esperanza	Lactario	La Laguna, Camasca	50
71	Intibuca	Yamaranguila	CEDIN	El Pelon, Yamaranguila	50
72	Intibuca	La Esperanza	Lactario	Masaguara, Masaguara	50
73	La Paz	Marcala	Lactario	Florida, Marcala	50
74	La Paz	Marcala	Lactario	El Cipres, Yarula	50
75	Lempira	Candelaria	Lactario	Azacualpa	58
76	Lempira	Erandique	Lactario	El Rodeo, Erandique	45
77	Lempira	Erandique	Lactario	San Lucas, San Francisco	80
78	Lempira	La Iguala	Lactario Fedecotln	El Rodeito, La Iguala	29
79	Lempira	Santa Cruz	Lactario	Santa Rosita, Santa Cruz	50
80	Santa Barbara	Santa Barbara	Lactario	Barrio Lempira, Trinidad	50

**Code List #4 -- Centros de Salud Donde No Existe Ningun Beneficio**

<b>Codigo</b>	<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nivel</b>	<b>Direccion</b>	<b>Beneficiarios</b>
41	Copan	Cabañas	Rio Negro	Cesares		1984
42	Copan	Santa Rita	Santa Rita	Cesamos		6943
43	Choluteca	Concepcion De Maria	El Pacon	Cesares		125
44	Choluteca	El Corpus	El Banquito	Cesares		1860
45	Choluteca	El Triunfo	Matapalo	Cesares		1457
46	Choluteca	Marcovia	Cedeño	Cesares		1584
47	Choluteca	Pespire	San Juan Bautista	Cesares	San Juan Bautista, Pespire	248
48	Choluteca	Pespire	San Juan Bosco	Cesares	San Juan Bosco	140
49	Choluteca	San Marcos De Colon	Duyusupo	Cesares		311
50	El Paraiso	Danli	El Cedral # 1	Cesares	Danli	1705
52	Intibuca	Concepcion	Gunijiquil	Cesares		342
59	Santa Barbara	Macuelizo	El Ciruelo	Cesares		2146
60	Santa Barbara	Macuelizo	Sula	Cesares		2400
81	El Paraiso	Soledad	Soledad	Cesamo		2707
83	Lempira	Las Flores	Las Flores	Cesar		1420
85	Choluteca	El Corpus	Tapaire	Cesar		2224
87	Lempira	Mapulaca	Mapulaca	Cesar		1095
88	Lempira	Lepaera	La Jigua	Cesar		1899
89	Choluteca	San Marcos De Colon	Caire	Cesar		311
90	Choluteca	Apacilagua	Mezcales	Cesar		1739

## Code List #5 -- Codigos de Departamentos y de Municipales

### Departamentos

#### 4 **Copan**

##### Municipales

1	Santa Rosa de Copan
2	Cabañas
3	Concepcion
4	Copan Ruinas
5	Corouen
6	Cucuyagua
7	Dolores
8	Dulce Nombre
9	El Paraiso
10	Florida
11	La Igua
12	La Union
13	Nueva Arcadia
14	San Agustin
15	San Antonio
16	San Jeronimo
17	San José
18	San Juan de Opoa
19	San Nicolas
20	San Pedro
21	Santa Rita
22	Trinidad de Copan
23	Veracruz

#### 6 **Choluteca**

1	Choluteca
2	Apacilagua
3	Concepcion de Maria
4	Duyure
5	El Corpus
6	El Triunfo
7	Marcovia
8	Morolica
9	Namasigue
10	Orocuina
11	Pespire
12	San Antonio de Flores
13	San Isidro
14	San José
15	San Marcos de Colon
16	Santa Ana de Yusguare

#### 7 **El Paraiso**

1	Yuscaram
2	Alauca
3	Danli
4	El Paraiso
5	Quanope
6	Jacaleapa
7	Liupe
8	Moroceli
9	Oropoli
10	Potrerrillos
11	San Antonio de Flores
12	San Lucas
13	San Matias
14	Soledad
15	Teupasenti
16	Texiguat
17	Vado Ancho
18	Yauyupe
19	Trojes

#### 8 **Francisco Morazan**

1	Distrito Central
2	Alubaren
3	Cedros
4	Curapen
5	El Porvenir
6	Guaymaca
7	La Libertad
8	La Venta
9	Lepterique
10	Maraita
11	Marale
12	Nueva Armenia
13	Ojojona
14	Orca
15	Reytocha
16	Sabangrande
17	San Antonio de Oriente
18	San Buena Ventura
19	San Ignacio
20	San Juan de Flores
21	San Miguelito
22	Santa Ana
23	Santa Lucia
24	Talanga
25	Tatumbula
26	Valle de Angeles

226

**Code List #5 -- Codigos de Departamentos y de Municipales (continued)**

- |           |                        |           |                        |
|-----------|------------------------|-----------|------------------------|
| 27        | Villa de San Francisco | 5         | Erandique              |
| 28        | Vallecillo             | 6         | Gualcince              |
| <b>10</b> | <b>Intibuca</b>        | 7         | Guarita                |
| 1         | La Esperanza           | 8         | La Campa               |
| 2         | Camasca                | 9         | La Iguala              |
| 3         | Colomocagua            | 10        | Las Flores             |
| 4         | Concepcion             | 11        | La Union               |
| 5         | Dolores                | 12        | La Virtuo              |
| 6         | Intibuca               | 13        | Lepaera                |
| 7         | Jesus de Otoro         | 14        | Mapulaca               |
| 8         | Magdalena              | 15        | Piraera                |
| 9         | Masaguara              | 16        | San Andres             |
| 10        | San Antonio            | 17        | San Francisco          |
| 11        | SanIsidro              | 18        | San Juan Guarita       |
| 12        | San Juan               | 19        | San Manuel Colohete    |
| 13        | San Marcos de Sierra   | 20        | San Rafael             |
| 14        | San Miguelito          | 21        | San Sebastian          |
| 15        | Santa Lucia            | 22        | Santa Cruz             |
| 16        | Yamaranguila           | 23        | Talgua                 |
| <b>12</b> | <b>La Paz</b>          | 24        | Tambla                 |
| 1         | La Paz                 | 25        | Tomala                 |
| 2         | Aguanoqueterique       | 26        | Valladoud              |
| 3         | Cabañas                | 27        | Virginia               |
| 4         | Cane                   | <b>14</b> | <b>Ocotepeque</b>      |
| 5         | Chinacla               | 1         | Ocotepeque             |
| 6         | Guajiquiro             | 2         | Belen Gualcho          |
| 7         | Lauterique             | 3         | Concepcion             |
| 8         | Marcala                | 4         | Dolores Merendon       |
| 9         | Mercedes de Oriente    | 5         | Fratemidad             |
| 10        | Opatoro                | 6         | La Encarnacion         |
| 11        | San Antonio del Norte  | 7         | La Labor               |
| 12        | San José               | 8         | Lucerna                |
| 13        | San Juan               | 9         | Mercededs              |
| 14        | San Pedro de Tutule    | 10        | San Fernando           |
| 15        | Santa Ana              | 11        | San Francisco del Vall |
| 16        | Santa Elena            | 12        | San Jorge              |
| 17        | Santa Maria            | 13        | San Marcos             |
| 18        | Santiago de Puringla   | 14        | Santa Fe               |
| 19        | Yarula                 | 15        | Sensenti               |
| <b>13</b> | <b>Lempira</b>         | 16        | Sinuapa                |
| 1         | Gracias                | <b>16</b> | <b>Santa Barbara</b>   |
| 2         | Belen                  | 1         | Santa Barbara          |
| 3         | Candelaria             | 2         | Arada                  |
| 4         | Cololaca               | 3         | Atima                  |
|           |                        | 4         | Azacualpa              |
|           |                        | 5         | Ceguaca                |

208



**Code List #5 -- Codigos de Departamentos y de Municipales (continued)**

6	Concepcion del Norte
7	Concepcion del Sur
8	Cumda
9	El Nispero
10	Gualala
11	Ilama
12	Macuelizo
13	Naranjito
14	Nuevo Ceulac
15	Petoa
16	Proteccion
17	Quimistan
18	San Francisco de Ojuera
19	San Jose de Colinas
20	San Luis
21	San Marcos
22	San Nicolas
23	San Pedro Zacapa
24	San Vicente Centenario
25	Santa Rita
25	Trinidad
27	Las Vegas

209

## Code List #6 -- Formas de Los Productos Alimenticios y Cultivos

*This code plus the three-digit product code in Code List #7 is the four-digit ingredient specification used in questionnaire MC04.*

- |   |                  |
|---|------------------|
| 0 | Crudo            |
| 1 | Cocido           |
| 2 | Frito            |
| 3 | Guisado          |
| 4 | Asado            |
| 5 | Horneado         |
| 6 | Sopa             |
| 7 | Jugo             |
| 8 | Molido/licuado** |
| 9 | Otro             |

**\*\* NOTA:** En el caso de maíz, el código 8 de molino o licuado se usa cuando está midiendo maíz cocido que molieron o licuaron. Si está midiendo el maíz seco molido (por ejemplo, para pinol) usa el código de harina de maíz.

## Code List #7 – Productos Alimenticos y Cultivos

1	<u>Granos y sus Derivados</u>	070	Pan integral
	001 Maíz blanco seco en grano	071	Panecillo blanco
	002 Maíz blanco nuevo en grano	072	Pan blanco casero
	003 Maíz blanco tierno en grano	073	Pan francés
	004 Tortilla de maíz blanco	074	Otro pan blanco (especifique)
	005 Maíz blanco en mazorca	075	Galleta dulce
	006 Maíz blanco en tuza	076	Galleta salada (soda)
	007 Maíz amarillo seco en grano	077	Com Flakes
	008 Maíz amarillo tierno en grano	078	Avena
	009 Maíz amarillo nuevo en grano	079	Fideos
	010 Tortilla de maíz amarillo	080	Spaguetti
	011 Maíz amarillo en mazorca	081	Canelones
	012 Maíz amarillo en tuza	082	Lasaña
	013 Maicillo en grano	083	Macarrones
	014 Tortilla de maicillo	084	Caracolitos
	015 Arroz oro normal de segunda (quebrado) (consumo)	085	Tallarines
	019 Arroz oro normal de primera (entero) (consumo)	086	Marmaón
	016 Arroz precocido (consumo)	087	Coditos
	017 Arroz granza (producción)	088	Otros cereal o derivado
	018 Otro grano (especifique)		
	020 Tortilla de maíz blanco con maicillo	4	<u>Musáceas, tubérculos y raíces</u>
2	<u>Oleaginosas</u>	100	Banano maduro
	040 Frijoles Chinapopo	101	Banano verde
	041 Frijoles rojos	102	Guineo butuco
	042 Frijoles negros	103	Guineo dátil
	043 Frijol soya	104	Plátano verde
	044 Semilla de marañón	105	Plátano maduro
	045 Otra oleaginosa (especifique)	106	Papa
		107	Yuca
		108	Camote
		109	Ayote pera entero con cáscara
		110	Ayote pera tajada con cáscara
		115	Ayote pera entero sin cáscara
		116	Ayote pera tajada sin cáscara
		117	Ayote calabaza entero con cáscara
		118	Ayote calabaza tajada con cáscara
		119	Ayote calabaza entero sin cáscara
		120	Ayote calabaza tajada sin cáscara
		111	Otras musáceas, tubérculos y raíces (especifique)
3	<u>Cereales y sus Derivados</u>	5	<u>Productos Lácteos y sus Derivados</u>
	060 Harina de trigo	130	Leche fluída entera
	061 Tortilla de harina	131	Leche fluída descremada
	062 Harina preparada para pancake	132	Leche evaporada
	063 Harina integral		
	064 Harina de maíz		
	065 Harina de arroz		
	089 Harina de Soya		
	090 Harina de Maiz y Soya (CSB)		
	066 Otra harina (especifique)		
	067 Pan molde		
	068 Panecillo dulce		
	069 Pan dulce casero		

**Code List #7 -- Productos Alimenticos y Cultivos (continued)**

133	Leche condensada	197	Pechuga de pollo (de granja)
134	Leche en polvo entera	198	Muslo de pollo (de granja)
135	Leche en polvo descremada	199	Menudos de pollo (de granja)
136	Leche en polvo para bebé	200	Carne de gallina en general (india)
137	Leche de soya para bebé	201	Pechuga de gallina (india)
138	Otra leche (especifique)	202	Muslo de gallina (india)
139	Queso crema	203	Menudos de gallina (india)
140	Queso fresco	204	Conejo
141	Queso seco	205	Mortadela
142	Queso kraft	206	Jamón
143	Queso parmesano	207	Chorizo extremeño
144	Queso con chile	208	Hot-dog, salchicha
145	Quesillo	209	Copetines
146	Cuajada	210	Longaniza
147	Requesón	211	Salami
148	Otro queso (especifique)	212	Filete de pescado
149	Mantequilla rala	213	Pescado entero
150	Mantequilla crema	214	Pescado seco
151	Mantequilla amarilla	215	Camarones
152	Yogourt	216	Jaibas
153	Otro producto de leche (especifique)	217	Cangrejos
		218	Caracol
		219	Sardinas en lata
6	<u>Huevos</u>	220	Otra carne, pescado, mariscos o embutidos (especifique)
		221	Mango hade
170	Huevo de gallina	235	Mango pespire
171	Huevo de pato	222	Papaya pera entera
172	Huevo de tortuga	237	Papaya pera tajada
173	Otro huevo (especifique)	238	Papaya larga entera
		239	Papaya larga tajada
7	<u>Carnes, pescado, mariscos y embutidos</u>	223	Acelga
		224	Berro
180	Carne de res con hueso	225	Chaya
181	Carne de res sin hueso	226	Chipilin
182	Hueso de res	337	Perejil
183	Costilla de res	227	Espinaca
184	Carne de cerdo con hueso	228	Tomate pera
185	Carne de cerdo sin hueso	338	Tomate manzana
186	Tajo de cerdo	229	Yerba mora
187	Costilla de cerdo	230	Zanahoria
188	Chuleta de cerdo	231	Helado con leche
189	Patitas de cerdo	232	Helado sin leche
190	Higado	233	Refresco (gaseosa)
191	Riñones	234	Mostaza (hojas)
192	Corazón	236	Maicena
193	Lengua	247	Jugo lata pera
194	Mondongo con hueso	248	Jugo lata manzana
195	Mondongo sin hueso	249	Jugo lata piña
196	Carne de pollo en general (de granja)	250	Jugo lata albaricoque

## Code List #7 -- Productos Alimenticos y Cultivos (continued)

251	Jugo lata melocotón	320	Melocotón
252	Jugo lata tomate	321	Melón
253	Jugo lata frutas mixtas	322	Membrillo
254	Jugo cartón naranja	324	Nance
255	Jugo cartón manzana	325	Naranja dulce
256	Jugo cartón piña	326	Naranja agria
257	Jugo cartón de frutas	328	Pera
		329	Piña
8	<u>Aceites y Grasas</u>	330	Rambután
		331	Sandía
240	Manteca vegetal	332	Suncuya
241	Manteca de cerdo	333	Tamarindo
242	Aceite vegetal	334	Toronja
243	Otro aceite (especifique)	335	Uvas
244	Margarina	336	Zapote
245	Mayonesa	339	Otra fruta (especifique)
246	Otra grasa (especifique)		
9	<u>Azúcares</u>	11	<u>Verduras</u>
		360	Ajo
260	Azúcar blanca	361	Apio
261	Azúcar morena	362	Berenjena
262	Panela o rapadura	363	Brócoli
263	Caña de azúcar	364	Cebolla
264	Miel de abeja	365	Coliflor
265	Miel de caña	366	Culantro de castilla
266	Otro azúcar (especifique)	367	Culantro de pata
		368	Chile dulce
10	<u>Frutas</u>	369	Chile picante
		371	Frijoles tiernos
300	Aguacate	372	Lechuga
301	Coco <b>(Medir)</b>	373	Malanga
-----		375	Orégano
302	Anona <b>(No Medir)</b>	376	Patate
303	Ciruelas	377	Pepinos
304	Durazno	379	Pipian
305	Fresas	380	Rábanos
306	Granada	381	Remolacha
307	Granadilla	382	Repollo
308	Guanábana	385	Otra verdura (especifique)
309	Guayaba		
310	Lichas	12	<u>Misceláneos</u>
311	Lima	400	Achiote
312	Limonos	401	Ajonjolí
313	Mamones	403	Café oro
314	Mandarina	404	Café uva
316	Manzana	405	Café pergamino
317	Manzanita amarilla de rio	406	Consomé
318	Maracuyá	407	Cubitos
319	Mazapán		

## Code List #7 -- Productos Alimenticos y Cultivos (continued)

408	Chile picante (botella)	462	Arroz a la paella
409	Chocolate	464	Baleadas
410	Churro, platanitos	465	Bistec
411	Especias	466	Tortilla con queso
415	Ketchup	467	Guacamole
417	Mostaza	468	Chuleta de res
418	Orégano seco	469	Carne asada
419	Pasta de tomate	470	Chandinga (chanfaina)
420	Pastilla de cuajar	471	Pan con mantequilla
422	Soda	472	Pan con mantequilla y frijoles
423	Sal	473	Café con leche
424	Salsa de tomate	474	Ensalada
425	Salsa Perrin's (inglesa)	475	Enchiladas
426	Sopa Maggi	476	Plátano frito con mantequilla
427	Sweet & Low (sustituto del azúcar)	477	Chicharrones
428	Vinagre	478	Huevo a la ranchera
429	Otro misceláneo (especifique)	479	Arroz con curiles
		487	Otro Plato (especifique)
13	<u>Platos</u>	14	<u>Otros Cultivos</u>
440	Albondigas	490	Algodón
441	Arroz con Camarones	491	Cacao
442	Arroz con Cerdo	492	Henequén
443	Arroz con leche	493	Junco
444	Arroz con maíz	494	Palma Africana
445	Arroz con pollo	495	Tabaco
463	Atol de maíz	496	Otro cultivo (especifique)
480	Atol de Arroz		
481	Atol de harina de Trigo		
482	Atol de Harina de Maiz		
483	Atol de Harina de Maiz y Soya (CSB)		
484	Atol de Soya		
485	Atol de Otro Producto		
486	Atol de Maicena		
446	Casamiento		
447	Cordón blue		
448	Chop Suey		
449	Estofado		
450	Garrobo/jamo		
451	Montuca		
452	Pancake		
453	Nacatamales		
454	Sopa de tiras		
455	Tamalitos		
456	Tamalitos pisques		
457	Tapado		
458	Torreja de pan		
459	Torreja de pinol		
460	Torta de pescado		

## Code List #8 -- Unidad de Medida de Cantidad

01	Libra	42	Caja
02	Onza	43	Camionada
03	Kilograma	44	Canasto
04	Gramo	45	Carga
05	Litro	46	Carretada
06	Mililitro	47	Cuartillo
07	Unidad	48	Docena
80	Molde enano	49	Fanega
08	Tajada, Rodaja	50	Gavilla
09	Molde pequeño	51	Mano
10	Molde mediano	52	Medida
11	Molde grande	53	Matate
12	Pequeño pan y galleta)	54	Mazo
13	Mediano (pan y galleta)	55	Medio
14	Grande (pan y galleta)	56	Paca
15	Centímetro	57	Palo
16	Centímetro cuadrado	58	Quintal
17	Galón	59	Racimo
81	Centímetro cúbico	60	Saco
82	Molde Extra grande	61	Tercio
		62	Hombre/día
		63	Obra
		64	Otra unidad de medida
		99	No sabe

*Solo usa los siguientes códigos de botellas si no consigues la botella para medir los mililitros directamente*

18	Botella Coca dos litros		<u>Tortillas (size according to model tortillas)</u>
19	Botella Coca litro		
20	Botella Coca medio litro	65	A1
21	Botella Coca pequeña	66	A2
22	Botella Salsa grande	67	A3
23	Botella Salsa pequeña	68	B1
24	Botella Flor de Caña grande	69	B2
25	Botella Flor de Caña pequeña	70	B3
26	Botella Ron Botrán pequeña	71	C1
27	Botella Ron Botrán grande	72	C2
28	Bote de Vinagre grande	73	C3
29	Caja de leche litro	74	D1
30	Caja de leche medio litro	75	D2
31	Bolsa de leche litro	76	D3
32	Balde de manteca	77	E1
33	Pana de manteca	78	E2
34	Lata de leche en polvo grande	79	E3
35	Lata de leche en polvo pequeña		
36	Lata de Avena Quacker		
37	Lata de Aceite Fabla		
38	Lata de Avena Quacker pequeña		
39	Anega		
40	Arroba		
41	Bolsa		

## Code List #9 -- Productos Para Los Precios Al Por Menor (MC23)

1	Maíz blanco	50	Plátano
2	Maíz amarillo	51	Jabón de lavar grande
3	Frijol rojo	52	Jabón de lavar mediano
4	Frijol negro	53	Jabón de lavar pequeño
5	Arroz de primera	54	Jabón de baño grande
6	Arroz de segunda	55	Jabón de baño pequeño
7	Sorgo/Maicillo	56	Kerosene
8	Pan blanco	57	Gas LPG
9	Molde de bolsa grande	58	Refrescos
10	Molde de bolsa mediana	59	Golosinas (churros)
11	Pan dulce semita		
12	Pan dulce galletas		
13	Huevos		
14	Queso seco		
15	Queso fresco		
16	Cuajada		
17	Manteca vegetal grande		
18	Manteca vegetal mediana		
19	Manteca de cerdo		
20	Aceite v. grande		
21	Aceite v. mediano		
22	Aceite v. pequeño		
23	Azúcar		
24	Harina de trigo		
25	Harina de maíz		
26	Café molido		
27	Leche en polvo gigante		
28	Leche en polvo grande		
29	Leche en polvo mediana		
30	Leche en polvo pequeña		
31	Leche líquida grande		
32	Leche líquida mediana		
33	Carne de res tajo		
34	Carne de res hueso		
35	Carne de cerdo tajo		
36	Carne de cerdo costilla		
37	Pollo vivo		
38	Pollo crudo		
39	Menudos de pollo		
40	Pescado filete		
41	Pescado entero		
42	Miel		
43	Papas grandes		
44	Papas pequeñas		
45	Tomate grande		
46	Tomate pequeño		
47	Zanahoria		
48	Cebolla		
49	Yuca		



## 4. QUESTIONNAIRES

This section contains copies of all of the survey questionnaires used to collect primary data for this study.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS**  
**PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS**  
**1994**

MC01/a

**CUESTIONARIO DE LOS HOGARES**

9/8/94

<b>IDENTIFICACION</b>		No. de Cuestionario _____
Número de la vivienda _____		
Departamento	Cod. _____	Municipio: Cod. _____
Localidad:	N. de Centro, Lactario, Proyecto	Cod. _____
Región de salud N°: _____	Area de salud N°: _____	
Grupo:	Bonos ..... 1 Raciones/Alimentos ..... 2 Lactario/CNC/CEDIN ..... 3 Ninguno ..... 4	
Fecha de las entrevistas	1. Visita _____ / _____ / _____ 2. Visita _____ / _____ / _____ 3. Visita _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>	
Resultado de la entrevista	. Realizada completa 2. Realizada incompleta 3. Rechazo 8. Otro _____ (especifique)	
Nombre de la encuestadora:	Cod. _____	
Nombre de la codificadora:	Cod. _____	

218

PERSONAS EN LA VIVIENDA

2/a

¿Cuántas personas en total residen en la vivienda? \_\_\_\_\_

1 Nº DE ORDEN	2 ES ENFOQUE 1 SI	3 CÓDIGO DE RESIDENCIA	4 RELACION CON EL JEFE		5 SEXO	6		7			8		9		10 PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS		11 PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (0 - 59 meses)				12 PARA NIÑOS DE 5 A 13 AÑOS	
			4.1 Relación con el jefe del hogar	4.2 Código de relación		6.1 EDAD (niños menores de 5 años anotar en meses)	6.2 Código de la edad	7.1 Indique los años de estudio formal aprobados	8.1 Trabajo en los últimos 12 meses	8.2 CÓDIGO ACTIVIDAD (EN QUE TRABAJÓ)			9.1 REFERENTE A LAS ACTIVIDADES (CÓDIGO)	10.1 SI ESTÁ EMBARAZADA O DANDO PECHO?	10.2 # DE MESES DE EMBARAZO	11.1 ESTÁ LACTANDO?	11.2 # DE ORDEN DE LA MADRE	11.3 ¿QUÉN CUIDA AL NIÑO DURANTE EL DÍA? (CÓDIGO)	11.4 # DE ORDEN DE PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO	12.1 ASISTE A LA ESCUELA?	12.2 RECIÉNDA ESCOLAR?	
										8.2.1 ACTIVIDAD 1	8.2.2 ACTIVIDAD 2	8.2.3 ACTIVIDAD 3										
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Orden Residentes del hogar:

- Jefe del hogar
- Cónyuge
- Hija(s) soltera(s) (de mayor a menor)
- Hija(s) casada(s) y esposas(es) (de mayor a menor)
- Niños
- Padres
- Suegros
- Hermanos
- Lin
- Cuñados
- Otros parientes
- Otros no parientes
- Trabajadora doméstica

3. Código de Residencia

- Vive en la casa
- Ausente regresa
- Ausente no regresa
- Viene los fines de semana

4.2 Relación con el jefe del hogar

- Jefe
- Esposa/cónyuge
- Hija(s)
- Nieta(s)
- Padre/madre
- Suegro(a)
- Hermano(a)
- Hija
- Yerno/huera
- Cuñada(s)
- Primo(a)
- Otro pariente
- No pariente
- Trabajadora doméstica

5. Código de Sexo

- Hombre
- Mujer
- No -> PASE A COLUMNA 9

6.2 Código de la edad

- Años cumplidos
- Meses cumplidos (niños menores 5 años)

3 años

8.1 Código de trabajo

- Si, tiempo completo
- Si, tiempo no completo
- No -> PASE A COLUMNA 9

8.2 Código de actividad

- Sueldo, salario jornal
- Producción agropecuaria propia
- Actividades comerciales
- Artesanía
- Elaboración y venta de productos alimenticios
- Trabajo doméstico remunerado
- Otros

9.1 Código del nivel de esfuerzo

- Sedentario
- Actividad moderada
- Actividad de alto esfuerzo

10.1 Código de embarazo e lactancia

- Embarazada
- Amamantando
- Embarazada y amamantando
- Ni embarazada ni amamantando
- No sabe, no contesta

10.2 Código de meses de embarazo

- No sabe meses de embarazo

11.1 Código de lactancia

- Si
- No

11.2 Código de orden

- Vive en otra parte
- Muerta

11.3 Código de cuidado del niño

- Madre
- Abuela
- Otro pariente
- Otro no pariente

11.4 Código de persona que cuida al niño

- Otro fuera del hogar

12.1 Código de asistencia

- Si
- No

12.2 Código de merienda

- Si
- No

219

220

PERSONAS EN LA VIVIENDA  
MC02/a

¿Cuántas personas en total residen en la vivienda? \_\_\_\_\_

Nº. DE ORDEN	SEXO Y SI	NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO DE RESIDENCIA	RELACION CON EL JEFE		SEXO	PARA MAYORES DE 12 AÑOS		PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS		PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (0 - 59 meses)				PARA NIÑOS DE 5 A 13 AÑOS		
				4.1	4.2		5.1	5.2	9.1	10.1	10.2	11.1	11.2	11.3	11.4	12.1	12.2
		ANOTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA EN EL ORDEN DADO AL PIE DE LA PAGINA:															
14																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	

Orden Residentes del hogar:

- Jefe del hogar
- Cónyuge
- Hijas(es) e hijas(es) (de mayor a menor)
- Hijas(es) casadas(es) y esposas(es) (de mayor a menor)
- Nietas
- Padres
- Suegros
- Hermanos
- Hija
- Comidos
- Otros parientes
- Otros no parientes
- Trabajadora doméstica

3. Código de Residencia

- Vive en la casa
- Ausente regresa
- Ausente no regresa
- Viene los fines de semana

4.2 Relación con el jefe del hogar

- Jefe
- Esposa/cónyuge
- Hija(s)
- Nieta(s)
- Padre/madre
- Suegro(s)
- Hermano(s)
- Hija
- Yerno/suena
- Cuñada(s)
- Primo(s)
- Otro pariente
- No pariente
- Trabajadora doméstica

5. Código de Sexo

- Hombre
- Mujer

6.2 Código de la edad

- Años cumplidos
- Meses cumplidos (niños menores 5 años)

8.1 Código de trabajo

- Si, tiempo completo
- Si, tiempo no completo
- No -> PASAR A COLUMNA 9

8.2 Código de actividad

- Sueldo, salario jornal
- Producción agropecuaria propia
- Actividades comerciales
- Artesanía
- Elaboración y venta de productos alimenticios
- Trabajo doméstico remunerado
- Otros

9.1 Código del nivel de esfuerzo

- Sedentario
- Actividad moderada
- Actividad de alto esfuerzo

10.1 Código de embarazo o lactancia

- Embarazada
- Amamantando
- Embarazada y amamantando
- NI embarazada ni amamantando
- No sabe, no contesta

10.2 Código de meses de embarazo

- No sabe meses de embarazo

11.1 Código de lactancia

- Si
- No

11.2 Código de orden

- Vive en otra parte
- Muerta

11.3 Código de cuidado del niño

- Madre
- Abuela
- Otro pariente
- Otro no pariente

11.4 Código de persona que cuida al niño

- Otro fuera del hogar

12.1 Código de asistencia

- Si
- No

12.2 Código de merienda

- Si
- No

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

MC03/a

No.	PREGUNTA	CATEGORIAS Y CODIGOS	
1	Cuál es el material predominante en el piso?	1. Tierra 2. Madera 3. Plancha de cemento 4. Ladrillo rafón o barro 5. Ladrillo mosaico (cemento) 8. Otro (especifique) _____	
2	De dónde obtienen el agua en esta vivienda?	1. Llave dentro de la vivienda 2. Llave fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad 3. Llave fuera de la propiedad 4. Pozo malacate (sin bomba) 5. Pozo con bomba (eléctrica o manual) 6. Rio, quebrada, naciente, lago 7. Vendedores ambulantes o camión 8. otro (especifique) _____	
3	Qué clase de servicio sanitario tiene?	1. Letrina hidráulica/tasa campesina 2. Letrina de fosa simple 3. Inodoro 4. No tiene/al aire libre 8. Otro (especifique) _____	
4	Hay Electricidad en la vivienda?	1 ..... Si 2 ..... No	
5	En esta vivienda hay?	SI 1. Refrigerador 2. Radio 3. Televisión 4. Bicicleta 5. Moto 6. Carro 7. Caballo/ Mula/ Burro	NO 1 2 2 2 2 2 2

221

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

MC03a

Encuestador: Si esta vivienda es del grupo de Obras Públicas no haga las preguntas de esta sección (6 a 9e)

INFORMACION AGROPECUARIA

No.	PREGUNTA	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
6	Usted o alguien de la familia siembra algún producto para el consumo de la casa, venta o para pastos?	1 ..... Si 2 ..... No	8
7	De que Extensión de tierra disponen en esta vivienda para cultivos y/(o) pasto	----- mz	
8	Actualmente usted o alguien de la familia cría animales para el consumo de la casa o para la venta?	1 ..... Si 2 ..... No	**
9	Animales	Cantidad #	
9a	Gallinas		
9b	Otras aves de corral		
9c	Cabras		
9d	Cerdos		
9e	Vacas		

\*\* Termina este módulo.

222

## GASTOS DEL HOGAR

Ahora hablaremos sobre los gastos del hogar. Anotaremos para cada componente lo que ustedes gastan ya sea en una semana, un mes, o en un año.

Si además de sus gastos semanales o mensuales hay gastos que se hacen con menos frecuencia, anotaremos esos gastos en parte, en la columna de gastos por año. Tomamos el mes anterior y el año anterior como punto de referencia.

RUBROS	LEMPIRAS		
	Semana	Mes	Año
01. COMIDA			
1.1. EN EL HOGAR			
1.2. FUERA DEL HOGAR			
1.3. LECHE EN POLVO			
02. VIVIENDA			
2.1. ALQUILER POR VIVIENDA			
2.2. PAGOS A PLAZO FIJO POR VIVIENDA			
* 2.3. ALQUILER IMPUTADO VIVIENDA PROPIA/CEDIDA			
2.4. ELECTRICIDAD			
2.5. COMBUSTIBLE PARA ALUMBRARSE (velas, gas, fósforo, batería, etc.)			
2.6. COMBUSTIBLE PARA COCINAR (gas, carbón, leña, etc.)			
** 2.6.1. LEÑA TOMADA LIBREMENTE (Valor imputado)			
2.7. AGUA			
2.8. TREN DE ASEO			
2.9. REPARACION Y MANTENIMIENTO			
2.10. TELEFONO			
2.11. SEGUROS			
2.12. IMPUESTOS			
03. ARTICULOS DEL HOGAR			
3.1. ARTICULOS DE LIMPIEZA			
3.2. ARTICULOS DE COCINA			
3.3. MOBILIARIO Y ELECTRODOMESTICOS			
3.4. HIGIENE PERSONAL			
04. GASTOS MEDICOS (Año anterior)			
4.1. CONSULTAS			
4.2. MEDICINAS			

\* Si no paga vivienda pregunte. Cuál sería el valor de su vivienda si tuviera que alquilarla?

\*\* Estímese el valor en el mercado local.

Si no se sabe el valor de un gasto realizado anote 9999 en la casilla correspondiente

223

**GASTOS DEL HOGAR**

RUBROS	LEMPIRAS		
	Semana	Mes	Año
05. TRANSPORTE			
5.1. CARRO PROPIO			
5.1.1. GASOLINA Y ACEITE			
5.1.2. MANTENIMIENTO/ REPARACIONES			
5.1.3. CUOTAS POR VEHICULOS			
5.1.4. SEGUROS			
5.2. TRANSPORTE PUBLICO (todo el hogar)			
06. ROPA Y CALZADO			
6.1. ADULTOS			
6.2. NIÑOS (incluye uniformes)			
07. ENTRETENIMIENTOS			
7.1. VACACIONES			
7.2. DIVERSIONES (Cine, etc.)			
7.3. ALCOHOL, TABACO			
7.4. LIBROS, PERIODICOS, REVISTAS			
7.5. CASSETTES, VIDEOS, etc.			
08. EDUCACION			
8.1. MATRICULA			
8.2. CUOTAS MENSUALES			
8.3. LIBROS Y MATERIALES ESCOLARES			

224



MC05/a

**GASTOS DEL HOGAR**

RUBRO	LEMPIRAS		
	Semana	Mes	Año
09. SERVICIOS DOMESTICOS (Incluye trabajadora doméstica, cuida niños, lavado de ropa, limpieza de casa, etc.)			
9.1. PAGOS EN EFECTIVO			
9.2. VALOR ESTIMADO DEL PAGO EN ESPECIE			
10. CONTRIBUCIONES A DIVERSAS INSTITUCIONES			
11. AHORROS			
11.1. AHORROS EN EL AÑO ANTERIOR			
12. AYUDA EN EFECTIVO A OTRAS PERSONAS QUE VIVEN FUERA DE LA CASA			
13. * AYUDA EN ESPECIE: ALIMENTOS, ROPA, MEDICINAS, ETC A PARIENTES U OTRAS PERSONAS QUE VIVEN FUERA DE CASA			
88. OTRO (especifique)			

\* *Estime el valor de la ayuda en especie.*

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD  
15/7/94**

MCH07/a

No.	Preguntas	Categorías
<b>1. NUMERO DE ORDEN DE INFORMANTE</b> ___ ___		
11	En su opinión en qué mes de embarazo debe una mujer ir a su primer control prenatal a un centro de salud	_____ meses  (99 No sabe/No contesta)
12	Cuántas visitas cree usted que debe hacer una mujer al centro de salud para control del embarazo?	_____ visitas  (99 No sabe/No contesta)
13	Al cumplir qué edad el niño cree usted que debe llevarse para su primer control de crecimiento y desarrollo?	1. _____ días                      2. _____ meses  99. No sabe/No contesta
14	Antes de que el niño cumpla un año, cuántas veces cree usted que debe llevarse a control de niño sano (crecimiento y desarrollo)	No. de controles _____  99. No sabe/No contesta
15	¿Qué cree usted que debe hacer una madre si su niño menor de 5 años tiene diarrea y además presenta los siguientes síntomas: ojos hundidos, piel arrugada, decaído, fiebre alta (NO LEA LAS OPCIONES)	1. Ir al centro de salud 2. Darle litrosol 3. Ambos 8. Otros (Especifique) _____ 9. No sabe/no contesta

226

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/a

No.	Preguntas	Categorías																					
16	¿Qué cree usted que debe hacer una madre si su niño menor de 5 años tiene tos y dificultad para respirar o tiene problemas en los oídos, fiebre alta? (NO LEA LAS OPCIONES)	1. Ir al centro de salud 2. Darle litrosol 3. Ambos 8. Otros (Especifique) _____ 9. No sabe/no contesta																					
17	A qué edad cree usted que una madre debe empezar a dar a su hijo?	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">EDAD</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Días</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Agua</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> </tr> <tr> <td>2. Otros líquidos</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> </tr> <tr> <td>3. Otras leches</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> </tr> <tr> <td>4. Alimentos sólidos</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> <td style="text-align: center;">___ ___</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>99 no sabe/no contesta</b></td> </tr> </tbody> </table>		EDAD			Días	Meses	1. Agua	___ ___	___ ___	2. Otros líquidos	___ ___	___ ___	3. Otras leches	___ ___	___ ___	4. Alimentos sólidos	___ ___	___ ___	<b>99 no sabe/no contesta</b>		
	EDAD																						
	Días	Meses																					
1. Agua	___ ___	___ ___																					
2. Otros líquidos	___ ___	___ ___																					
3. Otras leches	___ ___	___ ___																					
4. Alimentos sólidos	___ ___	___ ___																					
<b>99 no sabe/no contesta</b>																							
18	A una madre que da pecho qué le indica o le hace sospechar que tiene insuficiente o poca leche para alimentar a su niño? (NO LEA LAS OPCIONES)	1. Por que llora mucho 2. Por que no gana peso 3. Por que pasa inquieto por la noche 8. Otros (Especifique) _____ 9. No sabe/no contesta																					
19	Cómo cree usted que una madre puede aumentar su producción de leche? (NO LEA LAS OPCIONES)	1. Alimentándose mejor 2. Tomando más líquidos 3. Amamantando más seguido 8. Otro (Especifique) _____ 9. No sabe/no contesta																					

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD**

**MCH07/a**

Ahora quisiéramos conocer su opinión respecto a los problemas alimentarios.

20. ¿Hay épocas del año en que es difícil obtener alimentos básicos en esta comunidad?

- |    |                           |        |           |
|----|---------------------------|--------|-----------|
| 1. | Sí, todo el año           | -----> | Pase a 23 |
| 2  | Sí, algunos meses del año |        |           |
| 3  | No, nunca                 | -----> | Pase a 24 |

21. ¿En cuáles meses del año hay más escasez de alimentos?

**MES**

1. Enero
2. Febrero
3. Marzo
4. Abril
5. Mayo
6. Junio
7. Julio
8. Agosto
9. Septiembre
10. Octubre
11. Noviembre
12. Diciembre

22. ¿En este momento es época de escasez?

- |    |                   |       |       |
|----|-------------------|-------|-------|
| 1. | Para la comunidad | 1. Si | 2. No |
| 2. | Para su familia   | 1. Si | 2. No |

228

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/a

23. ¿El problema de escasez de alimentos afecta a: (LEA LAS OPCIONES)

1. La mayoría de las familias
2. La mitad de las familias
3. Sólo unas pocas familias
4. No son afectadas

24. ¿Cuándo una familia dispone de pocos alimentos en el hogar a qué miembros debe darle preferencia para darles de comer? ¿A quién y porqué?  
(NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO	Código de Razón
1. Todos por igual	1	2	
2. Jefe de la familia	1	2	
3. Niños pequeños	1	2	
4. Mujer embarazada	1	2	
5. Mujer lactando	1	2	
6. Adolescentes	1	2	
7. Ancianos	1	2	
8. Otro	1	2	
			<b>Código de Razón</b> 01. Necesita trabajar 02. Necesita energía/fuerza 03. Para el crecimiento físico 04. Prevenir la salud del niño que no ha nacido 05. Preservar la salud del niño que ha nacido 06. Prevenir infecciones o enfermedades 07. Para producir suficiente leche 08. Porque son los más débiles 09. Porque se desnutren 88. Otros (especifique)

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/a

25. ¿Cuándo hay escasez de alimentos en la comunidad que personas son las más afectadas?  
(ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES TODAS DE UNA VEZ)

1. Hombres adultos
2. Mujeres adultas
3. Niños
4. Mujeres embarazadas
5. Mujeres lactando
6. Los ancianos
7. Todos por igual
8. Otros

26. Si los niños no reciben suficientes alimentos por varios meses, ¿cómo les afecta?  
(ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES)

1. Juegan menos
2. Se desnutre
3. Se reduce/retrasa el crecimiento físico
4. Afecta el desarrollo mental/no aprende en la escuela
5. Enfermizo/se enferma fácilmente
8. Otros (Especifique)

---

---

---

9. No sabe/no contesta

230

**ENCUESTADORA: LEA LAS OPCIONES PARA PREGUNTAS 27-31**

27. Cuándo su niño tiene diarrea, usted le sigue dando el pecho o se lo suspende?

1. Deja de darle el pecho
2. Sigue dándole el pecho
3. El niño no está lactando

28. ¿Cuándo su niño tiene diarrea, usted:

1. Le suspende los alimentos ....> PASE A 31
2. Le dá menos alimentos
3. Le dá más alimentos
4. Le dá la misma cantidad
5. El niño solo toma leche materna .....> PASE A 32

29. ¿Cuándo su niño tiene diarrea, usted:

1. Le dá los alimentos con más frecuencia
2. Le dá los alimentos con menos frecuencia
3. No cambia la frecuencia de darle alimentos

30. ¿Cuándo su niño tiene diarrea, usted:

1. Le prepara platos especiales
2. Le dá los mismos platos que siempre

31. ¿Después que su niño ha tenido diarrea, usted:

1. Le dá la misma cantidad que estaba comiendo antes de la diarrea
2. Le dá más de lo que estaba comiendo antes de la diarrea.

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS,  
USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/a

**CUESTIONARIO: USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/b

Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de salud que usted y su familia usa.

32. Durante los últimos 6 meses, cuántas veces y dónde ha obtenido cada uno de los siguientes servicios?

SERVICIO	Hospital MSP	Hospital IHSS	CESAMO	CESAR	Serv. Priv.	Partera	Ninguno	Otro *	No sabe/ No cont.
Vacuna (niños)									
Control de crec. y desarrollo (niños)									
Niño enfermo									
Adultos enfermos									
Control prenatal									
Parto									
Control post-parto									
Planificación familiar									
No. de Bonos (BMI)	99								
Alimentos (Raciones)									

[ENCUESTADORA: Lea las listas de servicios y lugares. Indique el total, incluyendo cada miembro de la familia, si no recuerda el total anote 99 y si no obtuvo ningún servicio anote cero en la columna "ninguno"

Si no sabe o no recuerda, anote 99 en la columna "no sabe, no contesta"

\* Para otro especifique \_\_\_\_\_

232



**CUESTIONARIO: USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/b

Ahora quisiera preguntarle sobre su último embarazo. [Si la mujer está embarazada, hable de este embarazo.]

33. Está embarazada ahora?

1. Sí ----> PASE A 37

2. No

99 No sabe

34. Quién es el niño(a) producto de su embarazo más reciente?

Nombre \_\_\_\_\_

No. de Id. del niño/a \_\_\_ (Si el niño está muerto o no vive con la familia anote 77)

35. Este niño(a) vive aquí con la familia?

1. Sí ----> PASE A 37

2. No ----> [si el niño no vive con la familia, anote la razón]:

36. Porqué no vive con la familia?

1. Muerto (a)

2. Vive otra parte

37. Fué a consulta o control prenatal durante su embarazo (actual o más reciente)?

1. Si

2. No ----> PASE A 43

38. A dónde fue para su primera consulta o control prenatal?

1. Hospital del Ministerio de Salud -----> PASE A 40

2. Hospital/clínica del IHSS -----> PASE A 40

3. Hospital/clínica/médico privado -----> PASE A 40

4. CESAMO -----> PASE A 39

5. CESAR -----> PASE A 39

8. Otro [especifique]\_\_\_\_\_ -----> PASE A 40

## CUESTIONARIO: USO DE SERVICIOS DE SALUD

MCH07/b

39. Recibí o recibí Ud. bonos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?
1. Sí
  2. No
40. Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando fue a la primera consulta prenatal?
- \_\_\_\_\_ meses [99 = no sabe/no recuerda]
41. A cuántas consultas o controles prenatales fue?
- \_\_\_\_\_ visitas
42. Durante estas consultas alguien le habló sobre planificación familiar?
1. SÍ
  2. NO
43. Visitó a una partera durante su embarazo?
1. Sí
  2. No ----> PASE A 46
  9. No sabe/No contesta ----> PASE A 46
44. Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a la primera visita con la partera?
- \_\_\_\_\_ meses [99 = no sabe/no recuerda]
45. Cuántas veces visitó a la partera durante su embarazo?
- \_\_\_\_\_ veces [99 = no sabe/no recuerda]
46. Visitó Ud. un servicio de salud, médico, o partera para control post-parto después de su último parto?
1. Sí
  2. No ----> PASE A 50
  3. Primer embarazo -----> PASE A CUADRO DE MORBILIDAD Y ANTROPOMETRIA
  9. No sabe/No contesta ----> PASE A 50

234

**CUESTIONARIO: USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/b

47. A los cuántos días? \_\_\_\_\_

48. A dónde fue para este control?

- 1. Hospital del Ministerio de Salud -----> PASE A 50
- 2. Hospital/clínica del IHSS -----> PASE A 50
- 3. Hospital/clínica/médico privado -----> PASE A 50
- 4. CESAMO -----> PASE A 49
- 5. CESAR -----> PASE A 49
- 8. Otro [especifique \_\_\_\_\_] -----> PASE A 50

49. Recibe Ud. bonos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?

- 1. Sí
- 2. No

50. Después de nacer el niño, lo/la llevó al médico o centro de salud?

- 1. Sí
- 2. No -----> PASE A CUADRO DE MORBILIDAD Y ANTROPOMETRIA
- 9. No sabe/No recuerda -----> PASE A CUADRO DE MORBILIDAD Y ANTROPOMETRIA

51. Cuántos días, semanas o meses tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?

- \_\_\_\_ días
- \_\_\_\_ semanas
- \_\_\_\_ meses

**CUESTIONARIO: USO DE SERVICIOS DE SALUD**

MCH07/b

52. A dónde lo/la llevo?

- 1. Hcspital del Ministerio de Salud -----> PASE A 54
- 2. Hcspital/clínica del IHSS -----> PASE A 54
- 3. Hcspital/clínica/médico privado -----> PASE A 54
- 4. CESAMO -----> PASE A 53
- 5. CESAR -----> PASE A 53
- 8. Otro [Especifique \_\_\_\_\_] -----> PASE A 54

53. Recibe Ud. bcnos o alimentos en este mismo CESAMO/CESAR?

- 1. Sí
- 2. No

54. Por qué la/lo levó? [LEA LAS OPCIONES]

	Si	No
56.a Estaba enfermo/a.....	1.....	2
56.b Niño sano (control de crecimiento).....	1.....	2
56.c Vacunas.....	1.....	2
88. Otro [Especifique _____].....	1.....	2

136



**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS**  
**PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS**  
**1994**

MC06

**CUESTIONARIO DE BENEFICIARIOS DE RACIONES, BONOS Y LACTARIOS**

El siguiente cuestionario esta dividido en cinco secciones:

- A. Raciones
- B. Bonos
- C. Servicios de un comedor infantil o CNC
- D. Otros Programas
- E. Servicios de Salud

**A. INFORMACION SOBRE RACIONES #56 al #89**

**[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 56 A 72 A LA MADRE ENFOQUE O A LA MADRE DEL NIÑO ENFOQUE O A LA PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO ENFOQUE]**

No. de orden del Informante: \_\_\_\_\_

56. Alguien en su casa recibe raciones de alimentos en el centro de salud?

- 1. Sí
- 2. No ---> PASE A No. 90

57. Hace cuánto tiempo recibe estas raciones?

Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

58. Qué miembros de la familia actualmente están inscritos en el Programa de las raciones?

Nombre	N° de orden (Referido al cuadro #1)
_____	---
_____	---
_____	---
_____	---
_____	---

238

59. Cuántas personas se alimentan con estas raciones?

\_\_\_\_\_ No. de personas

59.a Estas personas son:

1. Sólo niños seleccionados
2. Sólo niños (seleccionados y no seleccionados)
3. La familia entera
4. Sólo la madre
5. Sólo la madre y los niños
8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

59.b Cuánto tiempo le duran los alimentos? (Desde el día de entrega hasta que se terminan todos los alimentos)

\_\_\_ Días      \_\_\_ Semanas      \_\_\_ Meses

59.c Quién decide sobre cómo se utilizan los alimentos recibidos:

1. Madre beneficiaria
2. Esposo/compañero de la madre beneficiaria
3. Ambos
4. Otros parientes
8. Otro \_\_\_\_\_

60. Cuánto hace que recibieron raciones del centro de salud? (la última vez)

1. \_\_\_\_\_ meses      2. \_\_\_\_\_ semanas      3. \_\_\_\_\_ día (00=hoy)

61. Qué alimentos y cuánto recibieron la última vez?: [ENCUESTADORA: LEA LAS OPCIONES]

Alimentos	Si	No	Cantidad	
			Libras	Onzas
1. Arroz	1	2		
2. Harina de trigo	1	2		
3. Frijoles	1	2		
4. Aceite	1	2		
5. Azúcar	1	2		
6. Maíz	1	2		
7. Leche	1	2		
8. Otro	1	2		

62. ¿Qué alimentos y cuánto recibieron en total para todos los beneficiarios en la familia durante los últimos 30 días?

Alimentos	Si	No	Cantidad	
			Libras	Onzas
1. Arroz	1	2		
2. Harina de trigo	1	2		
3. Frijoles	1	2		
4. Aceite	1	2		
5. Azúcar	1	2		
6. Maíz	1	2		
7. Leche	1	2		
8. Otro	1	2		

240



63. Ustedes reciben la misma cantidad cada vez?

1. Sí -----> PASE A N° 65

2. No

64. Con qué frecuencia no reciben o reciben menos cantidad de alimentos?

Alimentos	Frecuentemente	A veces	Nunca
1. Arroz.....	1.....	2.....	0
2. Harina de trigo.....	1.....	2.....	0
3. Frijoles.....	1.....	2.....	0
4. Aceite.....	1.....	2.....	0
5. Azúcar.....	1.....	2.....	0
6. Maíz.....	1.....	2.....	0
7. Leche.....	1.....	2.....	0

64.a En los últimos doce meses, cuántos meses no recibió alimentos?

\_\_\_\_\_ meses

64.b Por qué no recibió alimentos:

1. Recién inscrita

2. El centro no tenía alimentos

3. No cumplí con el requisito de control

8. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

65. Les cobran alguna cuota por recibir los alimentos?

1. Sí

2. No ---> PASE A No. 67

66. Cuánto le cobran en total cada vez?

\_\_\_\_\_ Lps. por \_\_\_\_\_ Beneficiarios

67. En su opinión cuáles son los alimentos que más le gustaría recibir en el centro de salud? Por qué? (NO LEA LAS OPCIONES)

Alimentos	Mencionó	No Mencionó	Código de razón
1. Arroz	1	2	
2. Harina de trigo	1	2	
3. Frijoles	1	2	
4. Aceite	1	2	
5. Azúcar	1	2	
6. Maíz	1	2	
7. Leche	1	2	
8. Cereal (CSB)	1	2	
88. Otro	1	2	

Códigos de razón:

1. Mas fácil de transportar
2. Mas fácil de guardar
3. Mas fácil de preparar/ cocinar
4. Mas sabroso
5. Me cuesta comprarlo/no lo venden
6. Más fácil de vender
7. Es lo que comemos
9. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

68. Alguien en la familia colabora en las siguientes actividades:

Actividades	1=Si 2=No	Quien lo hace (# de orden)	Horas por vez	Frecuencia	
				Veces por mes	Meses por año
1.- En el empaque de los alimentos					
2.- Transportar al centro los alimentos					
3.- Repartir alimentos					
4.- Mantenimiento bodega					
5.- Limpiar el centro de salud					
8. _ Otros					

242

69. En su opinión, cuáles son los problemas principales que tienen los beneficiarios con el programa?  
[Encuestadora: NO LEA LAS OPCIONES]

1. Comida en mal estado
2. Retrasos en la entrega de los alimentos
3. Tener que aportar una cuota en efectivo
4. Ninguno
8. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

70. Por favor explique cómo ha ayudado este programa a su familia? (NO LEA LAS OPCIONES)

1. Ayuda económica
2. Mejora la salud del niño
3. Mejora el peso del niño
4. Mejor frecuencia en el control del niño
8. Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

71. Si usted pudiera escoger, qué preferiría: los alimentos o el mismo valor en bonos para llevar a casa? NO LEA LAS OPCIONES

1. Alimentos ----> Por qué?

1. Más conveniente
2. Bajo su propio control
3. No es necesario ir tanto a la pulpería
4. Los alimentos donados son de una calidad más alta
5. Nadie me los quita
8. Otro \_\_\_\_\_
9. No sabe/No contesta

243

2. Bonos ----> Por qué?

1. Más conveniente

2. Bajo su propio control

3. No hay problema para transportar los alimentos

4. Ella puede comprar lo que quiera

8. Otro \_\_\_\_\_

9. No sabe/No contesta

72. La última vez, quién fue a recoger los alimentos?

1. Encuestado(a) ----> N° de orden \_\_ \_\_

8. Otro ----> N° de orden \_\_ \_\_

244

**[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 73 A 89 A LA PERSONA QUE FUE A RECOGER LOS ALIMENTOS LA ÚLTIMA VEZ.]**

73. Cuando usted fue a recoger las raciones la última vez, recibió otros servicios o consultas durante la misma visita?

1. Sí
2. No ----> PASE A N° 75

74. Cuáles servicios o consultas? [Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

Servicios	SI	NO
1. Control prenatal	1	2
2. Control post parto	1	2
3. Enfermedad propia	1	2
4. Control de crecimiento y desarrollo del niño Si afirmativo, para cuántos niños? _____	1	2
5. Consulta por niño enfermo	1	2
6. Consulta otro adulto enfermo	1	2
7. Vacunas	1	2
8. Planificación familiar	1	2
<b>Consejos o charlas educativas sobre:</b>		
9. Planificación familiar	1	2
10. Alimentación y nutrición	1	2
11. Rehidratación oral (Litrosol)	1	2
12. Cuidados del niño enfermo	1	2
88. Otro _____	1	2

75. Cuánto tiempo gastó en esta visita al centro de salud

75.a Sólo en ida y vuelta al centro de salud? \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Mins.

75.b Entre esperar y recibir atención y/o recoger alimentos? \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Mins.

76. Sintió que el tiempo pasado en el centro fue:  
[Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

1. Muy largo
2. Razonable y apropiado
3. Muy corto

77. Qué medio de transporte utilizó para llegar? (Máximo 3 respuestas)

1. A pie
2. Bestia
3. Transporte colectivo (bus, baronesa)
4. Bicicleta
5. Carro particular
8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

78. Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al centro de salud?

\_\_\_\_\_ Kilómetro (00 menos de 1 Km.)

79. Quién fue con Ud.?

Si No

a. Esposo.....	.....	1	2
b. Niños < de 5 años.....	Cuántos? _____	1	2
c. Niños de 6-11 años.....	Cuántos? _____	1	2
d. Niños de 12 años o mayor.....	Cuántos? _____	1	2
e. Amigo (a).....	Cuántos? _____	1	2
f. Otro (especifique) _____.....	Cuántos? _____	1	2

80. Gastó dinero en transporte, comida u otra cosa para hacer este viaje?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 82

81. Cuánto gastó en total (por usted más las personas acompañantes) en:

- 81.a Transporte: ida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_  
vuelta \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_
- 81.b Comida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_
- 81.c Otros \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

246

82. Dejó algunos de sus niños menores de 5 años en la casa?

1. Si
2. No ---> PASE A No. 84

83. Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?

1. Padre del niño
2. Hermano/a del niño, mayor de 12 años
3. Otro adulto
4. Hermano/a del niño, menor de 12 años
5. Otro niño/a menor de 12 años
6. Nadie

84. Cuando fue al centro de salud, además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?

1. Sí
2. No ---> PASE A No. 88

85. Dejó de hacer algún trabajo pagado (incluye cuenta propia)?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 88

86. Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?

1. Sí, con permiso y pago -----> PASE A N° 88
2. Sí, con permiso pero sin pago
3. No
4. Cuenta propia (no aplica)

87. Cuánto dinero dejó de ganar por esta ausencia?

\_\_\_\_\_ Lps.

88. Dejó de hacer algunas labores en el hogar?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 90

89. Cuáles son las actividades del hogar más importantes que dejó de hacer?

Actividad  Nota: Describa cada actividad lo más claramente posible; si es necesario use la parte de atrás de esta página.	Cod. Actvi.	Quién la hizo por usted? (Código)	(Si tuvo que pagar) Cuánto pagó? (Lps.)
<b>Código de Actividad:</b>  1. Cocinar 2. Lavar ropa 3. Moler 4. Limpiar la casa 5. Otra		<b>Códigos de persona</b>  1. nadie 2. esposo 3. niña < 12 años 4. niña 12 años o mayor 5. niño < 12 años 6. niño 12 años o mayor 8. otro adulto	

**B. INFORMACION REFERENTE A BONOS Preguntas # 90 al # 124**

[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 90 A 105 A LA MADRE ENFOQUE O A LA MADRE DEL NIÑO ENFOQUE.]

90. Alguien en su casa recibe el bono materno infantil del centro de salud?

- 1. SI
- 2. No ----> PASE A 125

91. Qué miembros de la familia actualmente son beneficiarios de bonos?

NOMBRE	1 No. De orden	2 No. de entregas que han recibido		3 No. de Bonos que ha recibido	
		1993	1994	1993	1994

248



92. Cuál fue la fecha en que recibió la última entrega de bonos en 1993?

\_\_\_\_\_  
Día                  Mes                  Año

Si no estaba en el Programa anote 11 11 11

93. Cuál fue la fecha en que recibió la primera entrega de bonos en 1994?

\_\_\_\_\_  
Día                  Mes                  Año

94. En 1993, siempre recibió la cantidad de bonos que usted tenía derecho a recibir?

1. Si ---> PASE A No. 97
2. No
3. No estaba en el Programa PASE A 96

95. En 1993, cuántos meses recibieron menos del número de bonos a los cuales tenían derecho a recibir?

\_\_\_\_\_ meses

96. Por qué no recibieron todos los bonos cada mes durante el año de 1993?

1. No estaba inscrito todavía.
2. Se les acabaron los bonos
3. No cumplió con las visitas al centro de salud
4. Se suspendió la entrega
5. Cambió la política
8. Otro \_\_\_\_\_
9. No sabe/No contesta

97. La última vez que recibió bonos, los cambió en efectivo (una parte o todos)?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 100a
3. Los tiene guardados -----> Pase a 103

98. A dónde o quién le cambió los bonos?

1. Un banco
2. Una tienda o pulpería
3. Una persona particular
4. No los ha cambiado
8. Otro Especifique \_\_\_\_\_

99. Le cobraron alguna comisión?

1. Sí -----> Cuanto? \_\_\_\_\_ Lps. por \_\_\_\_\_ bono (s)
2. No

100. Donde los cambió? (LEA LAS OPCIONES)

1. En la misma localidad donde recibió los bonos
2. En la localidad donde vive
3. En otra localidad

100.a La última vez que recibió bonos compró directamente con ellos?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 103.a

100.b Dónde compró con el bono? (Lea las Opciones)

1. En la misma localidad donde recibió los bonos
2. En la localidad donde vive
3. En otra localidad

101. En qué tipo de establecimiento?

1. Tienda o pulpería
2. Mercado
3. Tienda de consumo
4. Cooperativa de consumo
8. Otro \_\_\_\_\_

250

102. Por haber comprado con los bonos, en vez de hacerlo con dinero en efectivo, sintió Ud. que los precios fueron:

1. Más altos
2. Más bajos
3. Iguales

103. Le cobraron por pagar con bonos en vez de efectivo?

1. Sí-----> Cuanto? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ por \_\_\_\_ bono (s)
2. No

103.a Quién decide sobre cómo se utilizan los bonos?

1. Madre beneficiaria
2. Esposo/compañero de la madre beneficiaria
3. Ambos
4. Otros parientes
8. Otro

104. Si usted pudiera escoger, qué preferiría: el bono o el mismo valor en alimentos para llevar a casa? (NO LEA LAS OPCIONES).

1. Alimentos ----> Por qué?

1. Más conveniente
2. Bajo de su propio control
3. No es necesario ir a la pulpería tanto
4. Los alimentos donados son de una calidad más alta
5. Nadie me los quita
8. Otro \_\_\_\_\_
9. No sabe/No contesta

2. Bonos ----> Por qué?

1. Más conveniente
2. Bajo de su propio control
3. Ella puede comprar lo que quiera
8. Otro \_\_\_\_\_
9. No sabe/No contesta

9. No sabe/No contesta

105. La última vez, quién fue a recoger los bonos?

1. Encuestado(a) ----> N° de orden \_\_ \_\_
2. Otro ----> N° de orden \_\_ \_\_

**[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 106 a 124 A LA PERSONA QUE FUE A RECOGER LOS BONOS LA ULTIMA VEZ.]**

106. Cuánto hace que realizó su última visita al centro de salud para recoger los bonos?

a) \_\_\_ meses                      b) \_\_\_ semanas

107. Cuántos bonos recogió la última vez? \_\_\_\_\_

108. Cuando usted fue a recoger los bonos la última vez, recibió otros servicios o consultas durante la misma visita?

1. Sí
2. No ---> PASE A No. 110

109. Cuáles servicios o consultas? **[Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]**

Servicios	Si	No
1. Control prenatal	1	2
2. Control post-parto	1	2
3. Enfermedad propia	1	2
4. Control de crecimiento y desarrollo del niño Si afirmativo, para cuantos niños? _____	1	2
5. Consulta por niño enfermo	1	2
6. Consulta otro adulto enfermo	1	2
7. Vacunas	1	2
8. Planificación familiar	1	2
<b>CONSEJOS O CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE:</b>		
9. Planificación familiar	1	2
10. Alimentación y nutrición	1	2
11. Rehidratación oral (Litrosol)	1	2
12. Cuidado del niño enfermo	1	2
88. Otro _____	1	2

110. Cuánto tiempo gastó en esta visita al centro de salud?

106.a. Solo en ida y vuelta al centro de salud?                      \_\_\_ Horas                      \_\_\_ Mins.

106.b. Entre esperar y recibir atención y/o recoger los bonos?                      \_\_\_ Horas                      \_\_\_ Mins.

111. Sintió que el tiempo pasado en el centro fue:  
[Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

1. Muy largo
2. Razonable y apropiado
3. Muy corto

112. Qué medio de transporte utilizó para llegar? (máximo 3 respuestas)

1. A pié
2. Bestia
3. Transporte Colectivo (bus, baronesa)
4. Bicicleta
5. Carro particular
8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

113. Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al centro de salud?

\_\_\_\_\_ kilómetros (00 menos de 1 Km.)

114. Quién fue con Ud.?

Si No

a. Esposo.....		1	2
b. Niños < de 5 años.....	Cuántos? _____	1	2
c. Niños de 6-11 años.....	Cuántos? _____	1	2
d. Niños de 12 años o mayor.....	Cuántos? _____	1	2
e. Amigo (a).....	Cuántos? _____	1	2
f. Otro (especifique)_____.....	Cuántos? _____	1	2

115. Gastó dinero en transporte, comida u otra cosa para hacer este viaje?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 117

254

116. Cuánto gastó en total (para él y las personas acompañantes) en:

116.a Transporte:

ida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

vuelta \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

116.b Comida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

116.c Otros \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

117. Dejó algunos de sus niños menores de 5 años en la casa?

1. Sí

2. No ----> PASE A No. 119

118. Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?

1. Padre del niño

2. Hermano/a mayor de 12 años del niño

3. Otro adulto

4. Hermano/a menor de 12 años del niño

5. Otro niño/a menor de 12 años

6. Nadie

119. Cuando fue al centro de salud, además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?

1. Si

2. No -----> PASE A No 123

120. Dejó de hacer algún trabajo pagado (incluye cuenta propia)?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 123

121. Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?

1. Sí, con permiso y pago -----> PASE A N° 123

2. Sí, con permiso pero sin pago

3. No

4. Cuenta propia

122. Cuánto dinero dejó de ganar por esta ausencia?

\_\_\_\_\_ Lps.

123. Dejó de hacer algunas labores en el hogar?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 125

124. Cuáles son las actividades del hogar más importantes que dejó de hacer?

Actividad Nota: Describa cada actividad lo más claramente posible; si es necesario use la parte de atrás de esta página.	Cod. Acti.	Quién la hizo por usted? (Código)	Si tuvo que pagar cuanto pagó? (LPS)
			_____
			_____
			_____
			_____
<b>Código de actividad:</b> 1. Cocinar 2. Lavar ropa 3. Moler 4. Limpiar la casa 5. Otra		<b>Código de personas</b> 1. nadie 2. esposo 3. niña < 12 años 4. niña 12 años o mayor 5. niño < 12 años 6. niño 12 años o mayor 8. otro adulto	

### C: LACTARIOS

(ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 125 A 151 A LA MADRE ENFOQUE O A LA MADRE DEL NIÑO ENFOQUE)

125. Ud. o algunos de sus niños están recibiendo alimentación en el lactario o en el CNC?

1. Sí

2. No -----> Pase a Preg. 152

256



126. Quiénes de esta vivienda reciben actualmente alimentación en el lactario o CNC?

NOMBRE	NO. DE ORDEN	FECHA DE INICIO EN EL PROGRAMA

99/99/99 No sabe

**ENCUESTADORA:** Las preguntas 127 - 133 se refieren al niño enfoque o a la madre enfoque.

MADRE enfoque No. \_\_\_\_\_ NIÑO enfoque No. \_\_\_\_\_

127. Cada cuánto come merienda en el lactario o CNC?

\_\_\_\_\_ días cada \_\_\_\_\_ (1. semana / 2. mes)

128. Cada cuánto come almuerzo en el lactario o CNC?

\_\_\_\_\_ días cada \_\_\_\_\_ (1. semana / 2. mes)

129. Hace cuánto tiempo está recibiendo merienda o almuerzo en el lactario o CNC?

a. \_\_\_\_\_ semanas      b. \_\_\_\_\_ meses

130. Hace cuánto fue la última vez que comió en el lactario o CNC?

a. \_\_\_\_\_ días      b. \_\_\_\_\_ semanas      c. \_\_\_\_\_ meses

131. Los días que (el niño/madre) come en el lactario o CNC, toma además en su casa:

Descripción	SI	NO
1. Desayuno	1	2
2. Almuerzo	1	2
3. Cena	1	2
4. Merienda	1	2

132. Le cobran alguna cuota por recibir comida en el lactario o CNC?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 133a

133. Cuánto le cobran cada vez?

\_\_\_\_\_ Lps.

133.a ALGUIEN EN LA FAMILIA COLABORA EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

ACTIVIDADES	1 = Si 2 = No	# DE ORDEN POR PERSONA	FRECUENCIA		Tiempo gastado cada vez		Dinero gastado cada vez (Lps)	Cuánto dejó de ganar cada vez (Lps)
			Veces x mes	Veces x año	Hrs	Mins		
1. Distribución o Preparación de los alimentos		1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
2. Transporte de alimentos		1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
3. Mantenimiento del Centro		1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
4. Dar leña		1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
5. Preparación de los informes registros	PASA	1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
6. Contribuir dando alimentos.		1 _____						1. _____
		2 _____						2. _____
		3 _____						3. _____
8. Otros		1 _____						_____

258

134. Cuáles son los beneficios más importantes para usted, de su participación en el Programa de Lactarios?

BENEFICIOS MAS IMPORTANTE	CODIGO DE BENEFICIOS
1. Para la Madre	
2. Para los Niños	
3. Para la Familia	
4. Para la Comunidad	

CODIGOS DE BENEFICIOS:

1. Comer alimentos
2. Salud de la Madre
3. Salud del Niño
4. Enseñanza del Niño
5. Ayuda económica
6. Mejorar condiciones de vida
7. Encontrar y charlar con otras madres
8. Otros (Especifique)

135. De los siguientes beneficios, cuál preferiría usted en vez de los Lactarios/Centros? (LEA LAS OPCIONES)

1. Recibir alimentos de los Centros de Salud, para llevar a su casa.
2. Recibir Alimentos de las Escuelas para llevar a su casa.
3. Recibir Bonos de las Escuelas.
4. Recibir Bonos, de los Centros de Salud
5. Continuar con los Lactarios o Centros.

[ENCUESTADORA: SI LA PERSONA SELECCIONADA ES UN NINO, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA, CASO CONTRARIO PASE A N° 147]

136. La última vez quién llevó al niño al lactario o CNC?

N° de orden \_ \_

77 Se fué solo

88 Persona fuera del hogar

137. Cuánto tiempo gastó en la última visita al lactario o CNC?

Solo en ida y vuelta al lactario o CNC? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ mins.

Esperando y comiendo en el lactario o CNC? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ mins.

Cocinando en el lactario o CNC? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ mins.

138. Sintió que el tiempo pasado en el lactario o CNC fue:  
[Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

1. Muy largo
2. Razonable y apropiado
3. Muy corto

139. Qué medio de transporte utilizó para llegar al lactario o CNC?

1. A pie
2. Bestia
3. Transporte Colectivo (Bus, Baronesa)
4. Bicicleta
5. Carro particular
8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

140. Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al lactario o CNC?

\_\_\_\_\_ kilómetros (00 menos de 1 Km.)

260

141. Quién fue con Ud.?	Si	Mo
a. Esposo.....	1	2
b. Niños < de 5 años..... Cuántos? _____	1	2
c. Niños de 6-11 años..... Cuántos? _____	1	2
d. Niños de 12 años o mayor..... Cuántos? _____	1	2
e. Amigo (a)..... Cuántos? _____	1	2
f. Otro (especifique) _____..... Cuántos? _____	1	2

142. Gastó dinero en transporte o en otra cosa para hacer este viaje?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 144

143. Cuánto gastó en total (por el beneficiario y las personas acompañantes) en:

143.a Transporte: ida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

vuelta \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

143.b Comida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

143.c Otros \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

144. Dejó algunos de sus niños menores de 5 años en la casa?

1. Sí

2. No ---> PASE A No. 146

145. Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?

1. Padre del niño
2. Hermano/a mayor de 12 años del niño
3. Otro adulto
4. Hermano/a menor de 12 años del niño
5. Otro niño/a menor de 12 años
6. Nadie

146. Cuando fue al lactario o CNC además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?

1. Sí
2. No ---> Pase a preg. No. 150

147. Dejó de hacer algún trabajo pagado? (incluye cuenta propia)

1. Sí
2. No ---> PASE A No. 150

148. Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?

1. Sí, con permiso y pago -----> PASE A N° 150
2. Sí, con permiso pero sin pago
3. No
4. Cuenta propia (no aplica)

149. Cuánto dinero dejó de ganar por esta ausencia?

\_\_\_\_\_ Lps.

262

150. Dejó de hacer algunas labores en el hogar?

1. Sí

2. No -----> PASE A 152

151. Cuáles son las actividades del hogar más importantes que dejó de hacer?

Actividad  Nota: Describa cada actividad lo más claramente posible; si es necesario use la parte de atrás de esta página.	Código	Quién la hizo por usted? (código)	Si tuvo que pagar, cuánto pagó (LPS)
			---
			---
			---
			---
<b>Código de actividad</b> 1. Cocinar 2. lavar ropa 3. Moler 4. Limpiar la casa 5. Otra		<b>Código de persona</b> 1. nadie 2. esposo 3. niña < 12 años 4. niña 12 años o mayor 5. niño < 12 años 6. niño 12 años o mayor 8. otro adulto	

D: OTROS PROGRAMAS

[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 152 A 175 A LA MADRE ENFOQUE O A LA MADRE DEL NIÑO ENFOQUE]

152. ¿Alguién en su casa recibe el bono escolar?

1. Si
2. No ----> PASE A No. 156

153. ¿Cuántos miembros reciben el bono escolar?

No. de miembros \_\_\_\_\_

154. ¿Hace cuánto tiempo recibieron la última entrega de bonos escolares?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

155. Valor total de los bonos recibidos en la última entrega

\_\_\_\_\_ Lempiras

156. ¿Alguién en su casa recibe raciones de alimentos del programa PMA a través del Centro de Salud?

1. Si
2. No ----> PASE A No. 160

157. ¿Cuántos miembros reciben raciones?

No. de miembros \_\_\_\_\_

158. ¿Hace cuánto tiempo recibieron la última entrega de raciones?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_



159. ¿Qué alimentos y qué cantidad recibieron en total?

Alimento	Código de Alimento	Cantidad	Unidad de Medida	Código de Unidad de Medida
	Ver la lista 1.			Ver la lista 2.

160. ¿Alguién en su casa recibe efectivo de algún programa público o privado de ayuda?

1. Si
2. No ----> PASE A No. 164

161. ¿Cuántos miembros reciben la ayuda en efectivo?

No. de miembros \_\_\_\_\_

162. ¿Hace cuánto tiempo recibieron la última entrega de ayuda en efectivo?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

163. Valor total de la ayuda en efectivo recibida en la última entrega.

\_\_\_\_\_ Lempiras

164. ¿Alguién en su casa recibe bonos de un programa público o privado de ayuda (que no sea de la escuela o del Centro de Salud)?

1. Si
2. No ----> PASE A No. 168

165. ¿Cuántos miembros reciben bonos de otro programa público o privado?

No. de miembros \_\_\_\_\_

166. ¿Hace cuánto tiempo recibieron la última entrega de bonos de otro programa público o privado?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

167. Valor total de los bonos de otro programa público o privado recibidos en la última entrega.

\_\_\_\_\_ Lempiras

168. ¿Alguién en su casa recibe raciones de alimentos de un programa público o privado de ayuda (que no sea del Centro de Salud a través de CARE o PMA)?

1. Si

2. No ----> PASE A No. 172

169. ¿Cuántos miembros reciben raciones de otro programa público o privado de ayuda?

No. de miembros \_\_\_\_\_

170. ¿Hace cuánto tiempo recibieron la última entrega de raciones?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

171. ¿Qué alimentos y qué cantidad recibieron en total?

Alimento	Código de Alimento	Cantidad	Unidad de Medida	Código de Unidad de Medida
	Ver la lista 1.			Ver la lista 2.

172. ¿Alguién en su casa recibe comidas preparadas de un programa público o privado (que no sea un lactario o CNC)?

1. Si

2. No ----> PASE A No. 174

266

173. ¿Cuántos miembros reciben comidas cocidas de otro programa público o privado?

No. de miembros \_\_\_\_\_

174. ¿Alguién en su casa recibe otro tipo de ayuda de un programa público o privado?

1. Si

2. No -----> PASE A 176

175. ¿Cuántos miembros reciben otro tipo de ayuda de otro programa público o privado?

No. de miembros \_\_\_\_\_

**E: SERVICIOS DE SALUD**

[ENCUESTADORA: HAGA LAS PREGUNTAS 176 a 193 A LA MADRE ENFOQUE O A LA MADRE DEL NIÑO ENFOQUE]

176. Hace cuánto tiempo hizo la última visita al Centro de Salud? [ Aparte de ir a recoger bonos/alimentos]

- a) \_\_\_ meses      b) \_\_\_ semanas      c) \_\_\_ días      d) \_\_\_ no visita

**Termina este módulo**

177. Qué consultas hizo? [Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

Servicios	SI	NO
1. Control prenatal	1	2
2. Control post-parto	1	2
3. Enfermedad propia	1	2
4. Control de crecimiento y desarrollo del niño Si afirmativo, para cuantos niños? _____	1	2
5. Consulta por niño enfermo	1	2
6. Consulta otro adulto enfermo	1	2
7. Vacunas	1	2
8. Planificación familiar	1	2
<b>CONSEJO O CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE:</b>		
9. Planificación familiar	1	2
10. Alimentación y nutrición	1	2
11. Rehidratación oral (litrosol)	1	2
12. Cuidado del niño enfermo	1	2
13. Inscribirse en el programa de bonos/alimentos	1	2
88. Otros _____	1	2

268

178. Le cobraron la consulta?

1. \_\_\_ Si --- :> cuánto Lps. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_ No --- > PASE a 179

179. Cuánto tiempo gastó en esta visita al centro de salud?

179.a. Solo en ida y vuelta al centro de salud? \_\_\_ Horas \_\_\_ Mins.

179.b. Entre esperar y recibir atención? \_\_\_ Horas \_\_\_ Mins.

180. Sintió que el tiempo pasado en el centro fue:  
[Encuestadora: LEA LAS OPCIONES]

1. Muy largo

2. Razonable y apropiado

3. Muy corto

181. Qué medio de transporte utilizó para llegar?

1. A pie

2. Bestia

3. Transporte Colectivo (bus, baronesa)

4. Bicicleta

5. Carro particular

8. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

182. Aproximadamente qué distancia viajó para llegar al centro de salud?

\_\_\_\_\_ kilómetros (00 menos de 1 Km.)

183. Quién fue con Ud.?	Si	No
a. Esposo... ..	1	2
b. Niños < de 5 años..... Cuántos? _____	1	2
c. Niños de 6-11 años..... Cuántos? _____	1	2
d. Niños de 12 años o mayor..... Cuántos? _____	1	2
e. Amigo (a)..... Cuántos? _____	1	2
f. Otro (especifique)_____..... Cuántos? _____	1	2

184. Gastó dinero para hacer este viaje?

1. Sí

2. No -----> PASE A N° 186

185. Cuánto gastó en total (para el y las personas acompañantes) en:

185.a Transporte: ida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

vuelta \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

185.b Comida \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

185.c Otros \_\_\_\_\_ Lps. Para cuántas personas? \_\_\_\_\_

186. Dejó algunos de sus niños menores de 5 años en la casa?

1. Sí

2. No ---> PASE A No. 188

270

187. Quién los cuidó principalmente durante su ausencia?

1. Padre del niño
2. Hermano/a del niño, mayor de 12 años
3. Otro adulto
4. Hermano/a del niño, menor de 12 años
5. Otro niño/a menor de 12 años
6. Nadie

188. Cuando fue al centro de salud además de las labores propias del hogar, dejó de hacer actividades que usted normalmente hace?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 192

189. Dejó de hacer algún trabajo pagado (incluye cuenta propia)?

1. Sí
2. No -----> PASE A N° 192

190. Fue con permiso y pago de su patrón o empleador?

1. Sí, con permiso y pago -----> PASE A N° 192
2. Sí, con permiso pero sin pago
3. Sin permiso y sin pago
4. Cuenta propia (no aplica)

191. Cuánto dinero dejó de ganar por esta ausencia?

\_\_\_\_\_ Lps.

192. Dejó de hacer algunas labores en el hogar?

1. Sí

2. No -----> TERMINA ESTE MODULO

193. Cuáles son las actividades del hogar más importantes que dejó de hacer?

Actividad Nota: Describa cada actividad lo más claramente posible; si es necesario use la parte de atrás de esta página.	Cod. Activi	Quién la hizo por usted? (Código)	Si tuvo que pagar, cuánto pagó (LPS)
			_____
			_____
			_____
			_____
<b>Código de actividad:</b> 1. Cocinar 2. Lavar ropa 3. Moler 4. Limpiar la casa 5. Otra		<b>Código de persona:</b> 1. nadie 2. esposo 3. niña < 12 años 4. niña 12 años o mayor 5. niño < 12 años 6. niño 12 años o mayor 8. Otro adulto	

272



15/7/94

**MODULO DE FECUNDIDAD  
MC9/a**

## Sección A: Reproducción

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
194	¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	Sí ..... 1 No ..... 2	199
195	¿De los hijos o hijas que tuvo, ¿hay alguno o alguna que esté ahora viviendo con usted?	Sí ..... 1 No ..... 2	197 <del>199</del>
196	¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted?  ¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? SI "NINGUNO(A)" VIVEN CON ELLA ANOTE 00	Hijas en casa [ ] [ ]  Hijos en casa [ ] [ ]	
197	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que no está viviendo con Ud.?	Sí ..... 1 No ..... 2	199
198	¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.?  ¿Cuántos hijos varones no viven con Ud.? SI "NINGUNO(A) VIVEN CON ELLA " ANOTE 00	Hijas fuera [ ] [ ]  Hijos fuera [ ] [ ]	
199	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció después?	Sí ..... 1 No ..... 2	201
200	¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? ¿Cuántos hijos (varones) han muerto? SI "NINGUNO" ANOTE 00	Hijas muertas [ ] [ ] Hijos muertos [ ] [ ]	
201	<b>SUME LAS RESPUESTAS DADAS A 196, 198, Y 200 Y ANOTE EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS SI LA RESPUESTA ES "NINGUNO(A)" ANOTE "00"</b>	Total ..... [ ] [ ]	
202	VEA 201: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. tuvo en TOTAL ____ hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Está correcto? Sí [ ] No [ ] (DE SER NECESARIO INDAGUE Y CORRIJA 195-201) → ↓		

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
203	¿Está Ud. embarazada actualmente?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 9	208 208
204	¿En qué mes de embarazo está?	Meses [ ] [ ] Si no sabe anote 99	
205	Cuándo Ud. quedó embarazada ¿Quería el embarazo? (LEA LAS OPCIONES)	En ese momento ..... 1 Lo quería más tarde ..... 2 No quería más embarazos ..... 3	
206	¿Había tratado de alguna manera de postergar o evitar el embarazo actual?	Sí ..... 1 No ..... 2	209
207	¿Qué hizo para evitar el embarazo?	Píldora/Pastillas.....1 Anillo o Dispositivo.....2 Inyecciones.....3 Vaginales (Espuma, Jalea, Ovulos, Tabletas, Diafragma).....4 Preservativo/ Condon.....5 Esterilización Femenina.....6 Esterilización Masculina.....7 Ritmo (Abstinencia Periódica por Calendario).....8 Billins (Abstinencia Periódica por Moco Cervical).....9 Temperatura basal (Abstinencia Periódica por Temperatura/Cintotermica).....10 Retiro.....11 Lactancia materna.....12 Otro (ESPECIFIQUE).....88	209 " " " " " " " " " " " " " "
208	Cuándo Ud. quedó embarazada la última vez. ¿Quería el embarazo? (LEA LAS OPCIONES)	En ese momento.....1 Lo quería más tarde.....2 No quería más embarazos.....3 Primer embarazo.....4	

274

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
209	¿Cómo terminó su ultimo embarazo?	Tuvo aborto.....1 Terminó con un nacido muerto.....2 Terminó con un nacido vivo.....3 Actualmente embarazada.....4	211 211 210a 212
210a	Está viviendo el hijo todavía?	Si.....1 No.....2	210b 211
210b	NUMERO DE ORDEN EN LA LISTA DE HOGAR-MC02/a	Número de orden: [     ] 00 No vive en la vivienda	
211	¿Cuándo terminó el último embarazo?	Mes [       ] Año [       ]	
212	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Quisiera usted tener (otro) hijo o preferiría no tener (más) hijos?	Tener un (otro) hijo.....1 No mas/ninguno.....2 Indecisa.....3	214
213	Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de (un/otro) hijo?	Meses [       ].....1 Años [       ].....2 Pronto/ahora.....3 Otro.....8 No sabe.....9	
214	¿Ha discutido alguna vez con su marido/compañero acerca del número de hijos que les gustaría tener?	Si.....1 No.....2	216
215	¿Cree usted que su marido/compañero quiere el mismo número de hijos que usted quiere, o el quiere más o quiere menos hijos de los que usted quiere tener?	Mismo numero.....1 Mas hijos.....2 Menos hijos.....3 No sabe.....9	
216	Si pudiera retroceder a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger el número exacto de hijos que quisiera tener durante toda su vida, cuántos hijos serían?  ANOTE EL NUMERO U OTRO TIPO DE RESPUESTA.	Número [       ]  No sabe/no responde.....99	
217	¿Cuál cree usted que es el número de meses o años que una madre debe esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del hijo siguiente?	Meses [       ].....1 Años [       ].....2 No sabe.....9 Otro (Especifique).....8	

275

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

SECCION B: PLANIFICACION FAMILIAR

218

Ahora me gustaría hablar sobre planificación familiar, o sea las diferentes formas o los diferentes métodos que una pareja puede usar para postergar o evitar un embarazo. ¿De cuales métodos ha oído usted hablar?

EN 219, ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO 1 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. LUEGO, CONTINUE EN LA COLUMNA HACIA ABAJO LEYENDO EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION DE CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, Y EL CODIGO 3 SI NO LO ES. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS 220-221 CORRESPONDIENTES A CADA METODO DONDE LOS CODIGOS 1 Y 2 ESTEN ENCERRADOS EN UN CIRCULO EN 219, ANTES DE SEGUIR CON EL METODO SIGUIENTE.

	219 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	220 ¿Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)?	221 ¿Sabe usted donde podría ir una persona si quisiera usar (METODO)?
01. PILDORA: Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
02 DIU: Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo o una T de cobre, por un médico o una enfermera.	Si/Espont . . . 1 Si/Recono . . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
03. INYECCION: Las mujeres pueden hacerse aplicar una inyección para evitar quedar embarazadas por varios meses	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
04 METODOS VAGINALES, ESPUMA, JALEA, DIAFRAGMA: Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas, cremas ovulos o diafragma, antes de tener relaciones sexuales.	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2

276

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

	219 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	220 ¿Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)?	221 ¿Sabe usted donde podría ir una persona si quisiera usar (METODO)?
05 CONDON O PRESERVATIVO: Los hombres pueden usar un preservativo (jefe, condon) durante las relaciones sexuales	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
06 ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS): Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . . 2 No . . . . . 3 ↓	¿Se ha hecho usted la operación para evitar tener mas hijos?  Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
07 ESTERILIZACION MASCULINA: Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . . 2 No . . . . . 3 ↓	¿A su esposo/pareja le han operado para evitar tener mas hijos?  Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
08 ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO: Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales durante los días del mes en que la mujer tiene mayor riesgo de quedar embarazada.	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2
09 RETIRO: Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	Si/Espont . . . 1 Si/Reconoc . . . 2 No . . . . . 3 ↓	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2	Sí . . . . . 1 No . . . . . 2

## MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

	219 ¿Conoce o ha escuchado hablar de (METODO)?	220 ¿Ha usado usted alguna vez o está usando (METODO)?	221 ¿Sabe usted donde podría ir una persona si quisiera usar (METODO)?
<p>10 OTROS METODOS: Las parejas pueden utilizar otros métodos o maneras diferentes a los anteriores para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método?</p> <p>1. .... (ESPECIFIQUE)</p> <p>2. .... (ESPECIFIQUE)</p> <p>3. .... (ESPECIFIQUE)</p>	<p>Si/Espon t . . . 1</p> <p>Si/reconocido 2</p> <p>No . . . . . 3</p>	<p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p>	<p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>No sabe 9</p> <p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>No sabe 9</p> <p>Sí . . . . 1</p> <p>No . . . . 2</p> <p>No sabe 9</p>

**COTEJE 220:**

NUNCA HA USADO METODO ANTICONCEPTIVO (Ni un solo Si)

PASE A 230

HA USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO (Por lo menos un Si) **Continue 222**

279

V. 02 11/2009

**MODULO DE FECUNDIDAD**

MC9/a

222	¿Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	Sí ..... 1 No ..... 2	230
223	¿Qué método está usando?	Píldora/Pastillas.....1 Anillo o Dispositivo.....2 Inyecciones.....3 Vaginales (Espuma, Jalea, Ovulos, Tabletas, Diafragma).....4 Preservativo/ Condon.....5 Esterilización Femenina.....6 Esterilización Masculina.....7 Ritmo (Abstinencia Periódica por Calendario).....8 Billins (Abstinencia Periódica por Moco Cervical).....9 Temperatura basal (Abstinencia Periódica por Temperatura/Cintotermica).....10 Retiro.....11 Lactancia materna.....12 Otro (ESPECIFIQUE).....88	224 224 224 224 224 223a 223a 224 224 224 224 224 224
223a	¿En qué mes y año le hicieron a Ud. (a su esposo) la operación para no tener más hijos?	Mes [ ] [ ] Año [ ] [ ]	

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

224	¿Dónde obtuvo el METODO la última vez?	Hospital del Ministerio de Salud . 1 Centro de Salud del Ministerio . . 2 Hospital del IHSS . . . . . 3 Clínica de Planificación Familiar de ASHONPLAFA . . . . . 4 Puesto de distribución Comunitaria de ASHONPLAFA . . . . . 5 Promotoras de ASHONPLAFA . . . 6 Consultorio Médico Particular . . 7 Hospital o Clínica Privada . . . . 8 Farmacia . . . . . 9 Puesto de venta de medicina . . . . 10 Amigos/Parientes . . . . . 11 No corresponde usa metodo natural. 77  Otro (Especifique)... . . . . . 88  No sabe. . . . . 99	Termina este módulo  229
225	¿Cuánto tiempo le toma ir de su casa (o desde los lugares que Ud. habitualmente frecuenta) a ese sitio?  SI ES MENOS DE 60 MINUTOS, ESCRIBA MINUTOS.  SI ES 60 O MAS, ESCRIBA EN HORAS.	Horas.....1 [ ] [ ] Minutos.....2 [ ] [ ] No sabe.....99	
226	¿Es fácil o difícil llegar hasta allá?	Fácil . . . . . 1 Difícil . . . . . 2	
227	¿Cuando va a ese sitio para los servicios de planificación familiar, cuánto tiempo espera usualmente?	Horas.....1 [ ] [ ] Minutos.....2 [ ] [ ]	
228	¿Están disponibles los métodos de planificación familiar cada vez que va a ese sitio?	Si . . . . . 1 No . . . . . 2 No aplica esterelizada . . . . . 3	

290



## MODULO DE FECUNDIDAD

229	¿Por cuál razón decidió usar (EL METODO DE 223) en lugar de otro método de planificación familiar?	Recomendación de Trabajador de Plan. Familiar . . . . . 1 Recomendación de Amigo/Familiar . . . . . 2 Efectos Secundarios de Otros Métodos 3 Acceso/Disponibilidad . . . . . 4 Costo . . . . . 5 Deseaba Método Permanente . . . . . 6 Preferencia del Marido . . . . . 7 Deseaba Método Mas Efectivo . . . . . 8 Recomendación Médica . . . . . 9 Otra Razón (Especifique). . . . . 88 No sabe . . . . . 99
-----	--	--

**VEA 222:**  
**ESTAN ACTUALMENTE USANDO ALGUN METODO PARA NO QUEDAR EMBARAZADA (TERMINE)**

230	¿Tiene Ud. la intención de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....9	233 233
231	¿Piensa usar un método en los próximos doce meses?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....9	233 233
232	¿Qué método preferiría usar?	Píldora/Pastillas.....1 Anillo o Dispositivo.....2 Inyecciones.....3 Vaginales (Espuma, Jalea, Ovulos, Tabletas, Diafragma).....4 Preservativo/ Condon.....5 Esterilización Femenina.....6 Esterilización Masculina.....7 Ritmo (Abstinencia Periódica por Calendario).....8 Billins (Abstinencia Periódica por Moco Cervical).....9 Temperatura basal (Abstinencia Periódica por Temperatura/Cintotérmica).....10 Retiro.....11 Lactancia materna.....12 Otro (ESPECIFIQUE).....88 No sabe.....99	Termina  este  módulo

MODULO DE FECUNDIDAD

MC9/a

233	¿Cuál es la razón principal por la cuál no piensa usar ningún método?	Quiere mas niños . . . . . 1 Falta de información . . . . . 2 Oposición del Esposo/Pareja . . . . . 3 Costo muy alto . . . . . 4 Efectos colaterales . . . . . 5 Preocupaciones de salud . . . . . 6 Difícil conseguir los métodos . . . . . 7 Religión . . . . . 8 Opuesta a Planificación familiar . . . . . 9 Fatalista . . . . . 10 Otras personas se oponen . . . . . 11 Relaciones sexuales no frecuentes. . . . . 12 Dificultad para quedar Embarazada . . . . . 13 Menopausia/tuvo operación . . . . . 14 Inconveniente . . . . . 15 No Casada . . . . . 16 Otro . . . . . 88 No sabe . . . . . 99	
-----	---	---	--

282



**CONSUMO DE ALIMENTOS: Fuera de la casa**

Anotar: Comidas consumidas ayer por miembros del hogar

Fecha	(1) # de orden de persona	(2) Comida	(3) Cod. de la comida	(4) Lugar	(5) Cód. de lugar
		<u>Cod. de comida</u> 1. Merienda 2. Desayuno 3. Almuerzo 4. Cena 8. Otro	<u>Cod. de lugar</u> 1. En el trabajo 2. En la escuela 3. Lactario/CNC/CEDIN 4. Clínica 5. Casa particular 6. Restaurante, comedor 8. Otro		

284



**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS, CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

5/Septiembre/94

CENTRO \_\_\_\_\_

**Cuest. 20**

**MC20/a**

**INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR**

Este inventario debe ser completado mediante observaciones de los equipos, materiales y locales disponibles al programa; y mediante entrevistas con el personal encargados de las actividades.

IDENTIFICACION	
Nombre del departamento:	Código: _____
Nombre del municipio	Código: _____
Nombre del centro:	Código: _____
Distancia a la ciudad o pueblo más cercano: _____ KM Cuánto tiempo caminando: _____ horas _____ Minutos	
Tipo:	Lactario ..... 1 CEDIN ..... 2 CNC ..... 3 Otro ..... 8
Sub - patrocinado por:	1. Visión Mundial 2. Save the Children 3. JNBS 4. FEHMUC 5. AIEH 8. Otro _____
¿Hace cuánto tiempo inauguraron el programa de alimentos?	1. Años ---- 2. Meses ----
Fecha de la visita (en números):	____ _ / ____ _ / ____ _ Día Mes Año
Hoy es día de distribución de:	1. Desayuno 2. Merienda 3. Almuerzo 4. No hubo distribución
Si no hubo distribución, por qué?	No hay alimentos .... 1 No hay personal ..... 2 Otro. .... 8 _____
Nombre del encuestador(a):	Cod. ____ _
Firma del supervisor(a):	Fecha: / /94

246

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

Cuest. 20

MC20/a

INFORMACION REFERENTE A LAS COMUNIDADES:

2. ¿De qué comunidades asisten niños a este centro? (anote : el nombre y el tamaño de la población)						
NOMBRE DE LA COMUNIDAD	Código	Distancia del lactario caminando		Población	Año de la información	Código de fuente
		Horas	Minutos			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
<b>Total</b>						

Código de Fuente:      1. Ministerio de Salud      2. Censo Propio      8. Otro (Especifique)

Si no sabe marque con 9999

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/a

Cuest. 20

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
3	¿Cuál es el tamaño del Centro? (Area construida)	[     ] metros por [     ] metros	
4	Si el centro tiene las siguientes:	No. 1. Cuartos de educación/clases ..... [     ] 2. Comedor ..... [     ] 3. Almacenes/Bodega ..... [     ] 4. Cocina ..... [     ] 5. Corredor ..... [     ] 6. Salones ..... [     ] 8. Otros ..... [     ]	
5	Qué cantidad de equipo está funcionando a la fecha?	No. 1. Mesa ..... [     ] 2. Sillas ..... [     ] 3. Escritorios ..... [     ] 4. Balanza de calzón ..... [     ] 5. Balanza de pie ..... [     ] 6. Balanza de mesa ..... [     ] 7. Tallímetros ..... [     ] 8. Cinta métrica ..... [     ] 9. Tablas ..... [     ] 10. Pupitres ..... [     ]	
6	En qué año fue construido este centro?	19____	
7	Como es la condición de la infraestructura? (aire,luz,limpio,etc.)	Bueno ..... 1 Regular ..... 2 Mala ..... 3	

298



**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

Cuest. 20

MC20/a

8. Qué tipo de actividades se dan en este centro?			
ACTIVIDADES	CODIGO DE ACTIVIDAD	LAS ACTIVIDADES SE REALIZAN CUANDO NO HAY ENTREGA DE ALIMENTOS?	
		SI	NO
1. Desayuno			
2. Merienda			
3. Almuerzo			
4. Vacunación			
5. Educación pre - escolar			
6. Control de peso			
7. Charlas a las madres			
8. Proyectos pequeños para niños			
9. Proyectos para madres			
10. Otros (especifique)			

9. ¿Cuántos días en el año cierran el centro \_\_\_\_\_ días

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/a

Cuest. 20

10. PROVEEDORES DE LOS RECURSOS:		
RECURSOS	NOMBRE DE LOS PROVEEDORES	CODIGO DEL PROVEEDOR
1. Espacio/Infraestructura		
2. Alimentos		
3. Personal Administrativo		
4. Equipo ( mobiliario )		
5. Personal para cocina y limpiar		
6. Materiales para clases		
8. Otros		

Código de Proveedor:

1. Comunidad (Autoridades)
2. JNBS
3. AIEH
4. Socias
5. CARE
6. FEHMUC
7. Save the Children
8. Recursos Naturales
9. Ministerio de Salud
10. FHIS
88. Otro \_\_\_\_\_

290

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

Cuest. 20

MC20/a

NO	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
		MEN.	NO MEN.	
11	¿Cuáles fueron los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios en este centro?	1. Vivir en la comunidad .....	1	2
		2. Edad del niño (< de 6 años) .....	1	2
		3. Que la madre coopere .....	1	2
		4. Grado de desnutrición .....	1	2
		5. Niños inválidos .....	1	2
		6. Otro (especifique)... ..	1	2
12	¿Cuándo fue la última vez que ingresaron nuevos beneficiarios?	-----/----- Mes      Año		
	¿Usualmente, cuantas veces al año se hacen inscripciones?	----- Veces/año		
13	No. de beneficiarios en enero de 1993	No. de beneficiarios en diciembre de 1993	[Utilice los reportes de Asistencia diaria]	
	1. Niños			
	2. Lactantes			
	3. Embarazadas			
	4. Voluntarias			
	TOTAL			

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

Cuest. 20

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/a

NO	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
14	¿Qué cantidad de los siguientes alimentos tenía el Centro en el mes anterior? <b>(Ver reporte mensual)</b>	1. Maiz ..... ..... 2. Frijol ..... 3. Arroz ..... 4. Aceite (galones) ..... 5. CSB (Harina) . ..... 6. Leche..... 7. Trigo..... 8. Otro _____ (Especifique)	<b>CANTIDAD (libras)</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
15	Tamaño del almacén usado para guardar los alimentos:	_____ metros por _____ metros		
16	Tamaño de la cocina usada para preparar merienda	_____ metros por _____ metros		
17	Este centro tiene: agua?  1. Llave afuera 2. Llave adentro 3. No tiene  Servicio sanitario?  1. Letrina 2. Inodoro lavable 3. No tiene			

292

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC20/c

18.1. Cuáles son los diferentes tipos de alimentos preparados y cuál es el tamaño de las raciones distribuidas por el programa **HOY?**

Plato #1: Nombre del plato: \_\_\_\_\_ Código del plato: \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
INGREDIENTES	CANTIDAD EN LIBRAS	FUENTE
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b> 1. CARE 2. CEDIN 3. Comunidad/madres 4. Otro (Especifique)
<u>CANTIDAD EN ML</u> <u>(VOLUMEN)</u>	<b>Diámetro</b>	<b>Altura</b>
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

293

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

Cuest. 20

MC20/c

18.A. Cuáles son los diferentes tipos de alimentos preparados y cuál es el tamaño de las raciones distribuidas por el programa **HOY?**

Plato #2: Nombre del plato: \_\_\_\_\_ Código del plato \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
<b>INGREDIENTES</b>	<b>CANTIDAD EN LIBRAS</b>	<b>FUENTE</b>
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b>  1. CARE 2. CEDIN 3. Comunidad/madres 4. Otro (Especifique)
<u>CANTIDAD EN ML (VOLUMEN)</u>	<b>Diámetro</b>	<b>Altura</b>
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

294

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

MC20/c

st. 20

**¿QUE COMIERON AYER?**

Plato #1: Nombre del plato: \_\_\_\_\_ Código del plato \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
<b>INGREDIENTES</b>	<b>CANTIDAD EN LIBRAS</b>	<b>FUENTE</b>
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b> <b>1. CARE</b> <b>2. CEDIN</b> <b>3. Comunidad/madres</b> <b>4. Otro (Especifique)</b>
<u>CANTIDAD EN ML</u> <u>(VOLUMEN)</u>	<b>Diámetro</b>	<b>Altura</b>
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

MC20/c

Cuest. 20

18.B. **¿QUE COMIERON AYER?**

Plato #2: Nombre del plato: \_\_\_\_\_

Código del plato \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
<b>INGREDIENTES</b>	<b>CANTIDAD EN LIBRAS</b>	<b>FUENTE</b>
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b>  1. CARE 2. CEDIN 3. Comunidad/madres 4. Otro (Especifique)
<u>CANTIDAD EN ML</u> <u>(VOLUMEN)</u>	<b>Diámetro</b>	<b>Altura</b>
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

2910



**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

t. 20

MC20/c

18.C. **¿QUE COMIERON ANTES DE AYER?**

Plato #1: Nombre del plato: \_\_\_\_\_ Código del plato \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
<b>INGREDIENTES</b>	<b>CANTIDAD EN LIBRAS</b>	<b>FUENTE</b>
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b>  1. CARE 2. CEDIN 3. Comunidad/madres 4. Otro (Especifique)
<u>CANTIDAD EN ML</u> <u>(VOLUMEN)</u>	<b>Diámetro</b>	<b>Altura</b>
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

Cuest. 20

MC20/c

18.C. **¿QUE COMIERON ANTES DE AYER?**

Plato #2: Nombre del plato: \_\_\_\_\_

Código del plato \_\_\_\_\_

Número de personas que comieron:		
	No.	Tamaño de raciones (ML)
Niños		
Lactantes		
Embarazadas		
INGREDIENTES	CANTIDAD EN LIBRAS	FUENTE
1. Maíz		
2. Frijol		
3. Arroz		
4. Aceite		
5. CSB (Harina)		
6. Leche		
7. Trigo		
8. Azúcar		
9. Otros (especifique)		<b>Código de fuente:</b> <b>1. CARE</b> <b>2. CEDIN</b> <b>3. Comunidad/madres</b> <b>4. Otro (Especifique)</b>
<u>CANTIDAD EN ML (VOLUMEN)</u>	Diámetro	Altura
<b>Cantidad preparada</b>		
<b>Cantidad no consumida</b>		
<b>Cantidad consumida</b>		

207

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/d

**VER EL FORMATO "LISTA DE ASISTENCIA DIARIA O REPORTE MENSUAL"**

19. Obtenga los siguientes datos para los años 1993 y 1994 de los registro.					
Meses	No. DE RACIONES DISTRIBUIDAS POR MES				Total
	niños< 6 años	Lactantes	Embarazadas	Otros	
<b>1993</b>					
1. enero					
2. febrero					
3. marzo					
4. abril					
5. mayo					
6. junio					
7. julio					
8. agosto					
9. septiembre					
10. octubre					
11. noviembre					
12. diciembre					
<b>1994</b>					
1. enero					
2. febrero					
3. marzo					
4. abril					
5. mayo					
6. junio					

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS  
CENTRO \_\_\_\_\_**

Cuest. 20

MC20/d

Encuestadora: Preguntas para hacer estimado de salario

1. Cuánto dejo de ganar, si no es posible?
2. Salario pagado en efectivo/especie para este trabajo?
3. Si hay que contratar una persona, cuánto hay que pagar

**20. Personas que trabajan en el centro, cargo y compensación total del año anterior:**

¿Cuántas personas siempre vienen para trabajar en el centro No. \_\_\_\_\_

# ORDEN	NOMBRE	CARGO	CODIGO CARGO	SALARIO MES (LPS) O VALOR PAGO EN ESPECIE	Fuente de Salario	Tiempo de trabajo Horas/Semanas		COMPENSA CION TOTAL POR AÑO*(Ene a Dic.de 1993)
						Horas/ día	Días/ año	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
	<b>Código de Cargo:</b>  1. Directora/Presidente 2. Maestra 3. Cocinera 4. Vigilante 5. Voluntaria/Socios 8. Otros.			<b>Código de Fuente:</b>  1. Socios 2. JNBS 3. En alimentos (CARE)				

\* Incluye el salario del individuo, cualquier pago adicional recibido por antigüedad o por el nivel de responsabilidad del individuo, el decimotercer (o catorceavo, sueldo mensual pagado (v.p. como bonificación de navidad o aguinaldo, o en lugar de un incremento de salario más rutinario), contribuciones al seguro social pagadas por la persona, etc.

300

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC20/e

**PREGUNTAS PARA EL PERSONAL QUE VIENE A TRABAJAR TODOS LOS DIAS Y TIENE RESPONSABILIDADES EN EL PROGRAMA DIRECTORA, MAESTRA, ETC.(no socias)**

**ENCUESTADORA: A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE TIENEN RESPONSABILIDAD DEBERA FORMULARLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

Nombre del Entrevistado _____		No. de Orden del cuadro del MC20/a de pregunta #15 _____	
No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PA SE A
21	Durante el año pasado, ¿recibió usted algún entrenamiento relacionado al programa?	Si ..... 1 No ..... 2	23
21a	¿Quién le impartió la última capacitación?	1. J.N.B.S. 2. CARE 3. MINISTERIO DE SALUD 4. FEHMUC 5. SAVE THE CHILDREN 8. Otro especifique _____	
21b	¿Cuándo recibió la última capacitación relacionada con el programa?	_____ Mes    Año	
21c	¿En qué consistió?	1. Selección de participantes 2. Manejo de los formatos 8. Otros (especifique) _____	
21d	¿Cuánto tiempo duró la jornada de capacitación?	_____ Horas    Minutos	
21e	¿Dónde fue impartida?	1. En este lugar..... 2. Otro lugar(especifique) _____	23
22	¿Le pagaron viáticos?	Si ..... 1 No ..... 2	23
22a	¿Cuánto le pagaron para viáticos, pasaje (incluya todo)?	_____ Lempiras	
22b	¿Cuántas capacitaciones recibió el año pasado?	_____ No. de veces	

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/e

**CUEST 20**

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS					
		MENCIONO	NO MENCIONO	TIEMPO UTILIZADO		Horas por año	
Días	Horas por día						
23	Durante el año pasado 1993 ¿Ha participado usted en alguna actividad para determinar qué personas son elegible para participar en el programa?	Si. .... 1 No. .... 2					25
23a	¿En cuáles actividades para seleccionar beneficiarios participó usted el año pasado?						
	1. A través de una encuesta socio económica	1	2				
	2. En consulta con líderes de la comunidad	1	2				
	3. Fueron seleccionados por otra autoridad diferente a la J.N.B.S. y M.S.P	1	2				
	4. Según estado nutricional, embarazadas, lactantes, observaciones en consulta	1	2				
	5.	1	2				
	6.	1	2				
	8. Otros _____ (Especifique)	1	2				

302

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

Cuest. 20

MC20/e

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS			PASE A
		Horas cada vez	No. de veces	Total horas al año	
24	¿Cuánto tiempo utilizó usted cuándo ingresaron madres nuevas al programa explicando el propósito del mismo y cómo funciona				
25	¿Es usted responsable de llenar algunos formatos, por ejemplo; reportar qué cantidad de alimentos se está distribuyendo, o quién está recibiendo los alimentos? (Obtenga copias de estos formatos).	SI ..... 1 No ..... 2			26
25a	¿Cuánto tiempo utiliza usted completando estos formatos? Reporte:	Tiempo/vez		No. de veces al año	Total horas al año
		Hras.	Min.		
	* Diario				
	* Mensual				
	* Control de consumo				
26	¿Qué cree usted que podría hacerse para mejorar la forma en que opera el programa?	MENCIONO		NO MENCIONO	
	1. Aumento proporcional del personal	1	2		
	2. Distribuir de manera mas ordenada las actividades del programa	1	2		
	3. Simplificar los procedimientos administrativos	1	2		
	4. Definir y aplicar criterios para la selección de beneficiario	1	2		
	5. Dar orientación al programa PAMI como instrumento de desarrollo comunitario	1	2		
	6. Mejorar condiciones físicas del local	1	2		
	8. Otro(especifique)	1	2		

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/e

CUEST 20

No.					
27	¿En cuáles de las siguientes actividades participa usted? por favor anote la cantidad de tiempo que generalmente utiliza en cada una?				
	ACTIVIDAD	PARTICIPA USTED EN ESTA ACTIVIDAD		CANTIDAD DE TIEMPO QUE UTILIZA POR MES	
		SI	NO	POR MES	POR AÑO
27a	Recoger los alimentos del punto de distribución intermedio o bodega.	1	2	_____ horas	_____ horas
27b	Descargar los alimentos que son traídos al centro.	1	2	_____ horas	_____ horas
27c	Limpiar, supervisar o vigilar el lugar donde se almacenan los alimentos.	1	2	_____ horas	_____ horas
27d	Distribuir los alimentos a los beneficiarios.	1	2	_____ horas	_____ horas
27e	Otras	1	2	_____ horas	_____ horas

304



**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/e

CUEST 20

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS		PASE A
28	¿Cuándo el programa se inició se realizó algún estudio o diagnóstico de la comunidad para determinar quienes serían los beneficiarios?	Si ..... 1	No ..... 2	
28a	Cuáles fueron las características principales de las comunidades que se tomaron en cuenta?	MENCIONO	NO MENCIONO	
	1. Distancia del centro	1	2	
	2. Indicadores socioeconómicos de la comunidad	1	2	
	3.	1	2	
28b	¿Cuáles fueron las características principales de los hogares seleccionados por este programa?	MENCIONO	NO MENCIONO	
	1. Ingreso	1	2	
	2. Número de hijos	1	2	
	3. Estado nutricional	1	2	
	4. Condición de embarazo o lactante	1	2	
	5. Que no tenga vivienda propia	1	2	
	8. Otros	1	2	

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

**CUEST 20**

**MC20/e**

Si es CEDIN PASE A PREGUNTA 31

29.	La comunidad, madres, socios o socias, sociedad de padres de familia colabora en (incluyendo pago)		
	Actividades	Horas/Año	Lps/Año
	9.a Transporte de San Pedro Sula a la bodega		
	9.b Transporte de la bodega a la comunidad		
	9.c Descargar alimento/ bodega		
	9.d Cocina		
	9.e Hacer materiales		
	9.f Dar leña		
	9.g Cooperar en la distribución de los alimentos		
	9.h Mejoramiento de infraestructura		
	9.i Otros		

<b>30. ¿Cuántas socias trabajaron aquí en la última semana?</b>		
	<b>No. de Socios</b>	<b>Total Horas</b>
1 Lunes		
2 Martes		
3 Miercoles		
4 Jueves		
5 Viernes		
6 Sábado		

306

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC20/f

CUEST. 20

Preguntas para la encargada del centro

Nombre: \_\_\_\_\_

Cod. de la Directora: \_\_\_\_\_

NO.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS			PASE A	
31	¿Usted se encarga de inspeccionar o supervisar las distribuciones?	Si ..... 1 No ..... 2				
32	Si la respuesta es sí: ¿Qué actividades significa esto, y cuánto tiempo es utilizado en cada una de ellas?	ACTIVIDADES	Tiempo Minutos/día	Veces Utilizado por Semana	Veces/Mes	Veces/Año
		1. Distribuir alimentos a cocinera				
		2. Llenar los formatos diarios				
		3. Vigilar la distribución de alimentos				
		4. Verificar aseo del centro				
		8. Otros				
33	A qué distancia está ubicado el centro del punto de la bodega/distribución intermedio	_____ Kilómetros				
34	¿Qué medios de transporte utiliza el centro para traer los alimentos?		LPS/VEZ	No. VECES AL AÑO	Total Lps. año	
		1. Ninguno/vienen a dejarlos				
		2. Carro particular prestado				
		3. Carro particular alquilado				
		4. Bestia prestada				
		5. Bestia/carreta				
		6. A pie				

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_ MC20/f

CUEST.20

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
35	¿Cómo recoge los alimentos en el punto de distribución intermedio?  1. Reunir a socias 2. Conseguir vehículo 3. Alquilar vehículo 4. Reunir dinero para viáticos 5. Hablar con el alcalde 6. Se los vienen a dejar 8. Otros _____		
36	¿Existe algún aumento de gastos de transporte o viáticos como resultado la obtención de los alimentos?	Si ..... 1 No ..... 2	
37	Si la respuesta es sí: ¿Cuánto fue el aumento sobre lo normal en el gasto de transporte o viáticos?	_____ Lempiras/vez	

**PREGUNTAS PARA EL JEFE DE AREA Y/O ECONOMA DEL CEDIN:**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS			PASE A	
		Nombres de los centros	Tipo (Cód)	Distancia		
				Hras.	Min.	
38	¿Cuántos centros lactarios, CEDINs, CNCs, están participando en el mismo programa a distancia de 2 horas (caminando) o menos?					
		1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				

- 1. Lactario
- 2. CNC
- 3. CEDIN

308

**CUESTIONARIO DE LOS LACTARIOS CEDIN Y CNC  
RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO  
DE RECURSOS**

CENTRO \_\_\_\_\_

CUEST. 20

MC20/f

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS		PASE A	
39	¿Cómo son transportados los alimentos del punto de distribución intermedio a los centros?				
40	¿Quién, (si acaso hay alguien en la oficina de su área de salud) está involucrado en el Programa PAMI?				
41	¿En qué tipo de actividades participan?				
	ACTIVIDAD	EMPLEADO		TIEMPO QUE UTILIZA POR MES Horas/mes	TOTAL POR ANO (días/año)
		CARGO	COD. CARGO		
	1. Charlas sobre higiene				
	2. Vacunación				
	3. Clases de estimulación temprana				
	4.				

ESTUDIO SOBRE COSTO DE EFECTIVIDAD DE LOS

PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
EN LAS COMUNIDADES SELECCIONADAS A TRAVES DE LOS CENTROS DE SALUD

BORRADOR 17/agosto/94

IDENTIFICACION	
DEPARTAMENTO Cod ____ ____	MUNICIPIO Cód. ____ ____
NOMBRE DE LA LOCALIDAD:	
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD AL QUE PERTENECE LA LOCALIDAD: _____ _____	Cód. _____
REGION DE SALUD No. _____	AREA DE SALUD No. _____
FECHA DE LAS ENTREVISTAS (a)	____ / ____ / ____ Dia Mes Año
TIPO DE LOCALIDAD Ciudad.....1 Pueblo.....2 Aldea.....3 Caserio/campo.....4	( )
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	Código _____
226. INFORMANTES DE LA LOCALIDAD	
NOMBRE DEL INFORMANTE	CARGO/TITULO/OCUPACION
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
227. NUMERO DE INFORMANTES EN LA LOCALIDAD: _____	

310

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 1a: Características de la Comunidad

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	Cual es el número de viviendas de la localidad.	_____ No. de viviendas	
102	Densidad de la localidad	Compacto..... 1 Disperso..... 2	
LAS PREGUNTAS RESTANTES DE ESTA SECCION Y DE LAS SECCIONES 2 Y 3 DEBEN SER CONTESTADAS POR PERSONAS BIEN INFORMADAS DE CADA LOCALIDAD			
103	Cuál es el nombre de la ciudad o pueblo (más grande que éste) más cercano?	Nombre: _____ _____	
104	Cuál es la distancia en kilómetros a (NOMBRE DE LA CIUDAD O PUEBLO) mas cercano?	_____ Kms.	
105	Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para viajar a esa localidad?	Bus..... 1 Taxi..... 2 Camión/Baronesa.. 3 Bicicleta..... 4 Bestia. .... 5 A pié..... 6 Otro..... 8	
106	Cuál es la principal vía de acceso a esa localidad?	Carretera asfaltada..1 Carretera sin asfaltar.....2 Sendero.....3 Otro (Rio/ferrocarril).8	

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 1a: Características de la Comunidad

107	Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua potable en esta localidad?	Agua potable.....1 (Mayoria de las viviendas) LLave pública..... 2 Pozo con bomba de mano.. 3 Pozo sin bomba de mano.. 4 Rio, manantial, quebrada, lago..... 5 Carro-Cisterna..... 6 Otro..... 8 <hr/> (ESPECIFIQUE)	
108	Hay servicios de electricidad en esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	
109	Hay servicios de alcantari-llado en esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	
110	Qué tipo de servicio sanitario tienen la mayoría de los hogares en esta localidad?	Inodoro (lavable)..... 1 Letrina hidráulica..... 2 Letrina fosa simple..... 3 No hay servicio..... 4 Otro..... 8 <hr/> (ESPECIFIQUE)	
111	Cuál es la principal actividad económica de los habitantes de esta localidad?	Agricultura..... 1 Comercial..... 2 Industria pequeña..... 3 Industria grande..... 4 Minería..... 5 Artesanía..... 6 Otro..... 8 <hr/> (ESPECIFIQUE)	

3/2



CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

112	Si las siguientes actividades son hechas por un adulto masculino, para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Peón Agropecuario	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Día      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Día      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Día      2. Mes Lps.
	2. Jornalero	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps.
	3. Artesania	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1 Día      2. Mes Lps.

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

113	Si las siguientes actividades son hechas por un adulto femenino, para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Peón agrícola	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.
	2. Sevicios domésticos	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.
	3. Ventas en la Calle	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.
	4. Artesania	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Día 2. Mes Lps.

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

114	Si estas actividades son hechas por un niño para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Servicios Domésticos	<p>1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p>
	2. Peón Agropecuario	<p>1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p>
	3. Jornalero	<p>1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p>
	4. Artesano	<p>1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p> <p>1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.</p>

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

SECCION IB: DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS MAS CERCANOS A/O EN ESTA LOCALIDAD.

SERVICIOS PUBLICOS	115 Distancia en Kms. (a)	116 Trans- porte mas común ( b )	117 Tiempo Horas/Min. ( Código )
A. Educación:			
1. Escuela primaria	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
2. Escuela Secundaria	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
3. Superior/universitario	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
B. Servicios Generales:			
1. Oficina de correos	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
2. Mercado (Plaza de alimentos diaria)	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
3. Mercado (Plaza) de alimentos semanal	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
4. Pulperia	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
5. Cine	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
6. Transporte público	_____	_____	_____ Hrs. _____ Min.
	SI DISTANCIA="00", PASE 116		

ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM.  
O ESTA DENTRO DEL AREA, SI ES DE 1 A 95 KMS.  
ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN, SI LA DISTANCIA  
ES 96 O MAS KMS. ANOTE 96.

SI LA DISTANCIA ES "00"  
EL TIEMPO SERA "00"

CODIGOS DE TRANSPORTE

Bus.....1  
Taxi.....2  
Camión.....3  
Bicicleta.....4  
Bestia.....5  
A pié.....6  
Otro.....8

3/6

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD  
BORRADOR 17/Agosto/94

NO.	CARACTERISTICAS	HOSPITAL	CESAMO	CESAR	CLINICA/MEDICO PRIVADO.	CLINICA ASHONPLAFA	PASE A
118	Nombres de los servicios de salud más cercano						
119	Dirección						
120	Distancia en kilómetros *						
121	Tipo de transporte más frecuente usado. (CODIGOS ABAJO)						
122	Tiempo para llegar (Horas y Minutos)						

SERVICIOS DE MATERNIDAD Y SALUD INFANTIL PRESTADOS

123	01 Cuidado Prenatal	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	02 Asistencia para el parto	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	03 Cuidado post-parto o puerperio	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	04 Vacunación infantil	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	05 Control de crecimiento y desarrollo.	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	06 Planificación familiar.	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	124 124

\* ANOTE "00" SI LA DISTANCIA ES MENOS DE 1 KM.  
O ESTA DENTRO DEL AREA, SI ES DE 1 KMS. A 95 KMS.  
ESCRIBA LO QUE LE INFORMEN, SI LA DISTANCIA ES 96  
O MAS KMS. ANOTE 96)

CODIGOS DE TRANSPORTE  
BUS.....1 BESTIA.....5  
TAXI.....2 A PIE.....6  
CAMION/BARONESA...3 OTRO.....8  
BICICLETA.....4

377

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

NO.	CARACTERISTICAS	A. HOSPITAL	B. CESAMO	C. CESAR	D. CLINICA/ME- DICO PRIVADO	E. CLINICA ASHOMPLAFA	PASE A
124	¿Cuál es el nombre de los servicios de salud mas cercano que provee servicios de planificación familiar a esta comunidad?						
125	Dirección						
126	Distancia en Kilómetros						
127	Tipo de transporte más frecuentemente usado						
128	Tiempo para llegar (horas y minutos)	:	:	:	:	:	

METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES

129	1 Pastillas	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	2 DIU	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	3 Inyección	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	4 Condón	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	5 Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea)	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	6 Esterilización feme-nina.	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	7 Esterilización mas-culina	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	
	8 Otros Métodos _____ ESPECIFIQUE	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	Si.....1 No.....2	

( \* ) Utilice los mismos codigos de transporte de la página 2

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

NO.	CARACTERISTICAS	A. HOSPITAL	B. CESAMO	C. CESAR	D. CLINICA/MEDICO PRIVADO	E. CLINICA ASHONPLAFA	PASE A
130	En total, ¿cuántos servicios de salud ya sea públicos o privados existen dentro de 30 kilómetros?						
131	En total, ¿Cuántos servicios de salud ya sean públicos o privados que prestan servicios de planificación familiar existen dentro de 30 kilómetros?						

2/9

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

SECCION 2: PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA COMUNIDAD

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
132	Existe algún puesto de distribución comunitaria de anticonceptivos que cubre esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	135
133	<p>De los siguientes métodos de planificación familiar cuales están disponibles a través del programa de distribución y cuanto cuestan?</p> <p>1. Pastilla, Píldora</p> <p>Costo/cantidad de un ciclo (el más barato).</p> <p>Costo/cantidad de un ciclo (el más caro)</p> <p>2. Preservativo (condón)</p> <p>Costo/cantidad (el más barato)</p> <p>Costo/cantidad (el más caro)</p> <p>3. Vaginales (espuma, tabletas, jalea, ovulos)</p> <p>Costo/cantidad</p> <p>4. Inyección (DEPO-PROVERA)</p> <p>Costo/cantidad</p>	<p>Si.....1 No.....2</p> <p>_____ ( ) Lps.</p> <p>_____ ( ) Lps.</p> <p>Si.....1 No.....2</p> <p>_____ ( ) Lps _____ ( ) Cant.</p> <p>_____ ( ) Lps. _____ ( ) Cant.</p> <p>Si.....1 No.....2</p> <p>_____ ( ) Lps _____ ( ) Cant.</p> <p>Si.....1 No.....2</p> <p>( ) Lps ( ) Cant.</p>	<p>Pase a 2</p> <p>Pase a 3</p> <p>Pase a 4</p>

320



CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

134	¿Cuántos puestos de distribución comunitaria de planificación existe dentro de la localidad?	( )	
135	¿En los últimos 12 meses se han leído o escuchado en esta localidad mensajes relacionados con la planificación familiar (ya sea por radio, televisión, charlas, altoparlantes, periódicos, etc)?	Si..... 1 No..... 2	
136	¿Cómo se transmitieron principalmente estos mensajes a la comunidad?	Radio..... 1 Periódico..... 2 Carro con alto parlante..... 3 Distribución de materiales impresos... 4 Charlas educativas.. 5 Otro..... 8 <hr/> ESPECIFIQUE	

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 3: FORMA DE IDENTIFICACION DE SERVICIOS

A. PARTERAS

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
137	¿Existe parteras cercanas que atienden a mujeres embarazadas de esta Comunidad?	Si.....1 No.....2	
138	¿Las parteras proveen servicios de planificación familiar?	Si.....1 No.....2	141
139	¿De los siguientes métodos de planificación familiar, cuáles están disponibles a través de la partera?  1. Pastillas o píldoras  2. Condón  3. Métodos vaginales (Tabletas, espuma, jalea)  4. Otros métodos  _____ (ESPECIFIQUE)	Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2	
140	¿En total, cuántas parteras entre esta Comunidad y comunidades aledañas proveen servicios de planificación familiar?	00 = ninguno  ( )	
141	¿En total, cuántas parteras entre esta Comunidad y Comunidades aledañas existen?	00 = ninguno  ( )	

322

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 3: FORMA DE IDENTIFICACION DE SERVICIOS

B. FARMACIAS

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
142	En total, ¿Cuántas farmacias dentro de la aldea existen?	00= ninguno _____	146
143	¿Se venden anticonceptivos en las farmacias?	Si.....1 No.....2	
144	¿Cuáles métodos están disponibles?  1. Pastillas o pildoras  2. Condón  3. Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea)  4. Otros Métodos  _____	Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2  Si.....1 No.....2	
	ESPECIFIQUE		
145	En total, ¿Cuántas farmacias dentro de la aldea venden anticonceptivos?	00 = ninguno _____	

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 3: FORMA DE IDENTIFICACION DE SERVICIOS

C. PUESTOS DE VENTA DE MEDICINAS

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
146	En total, ¿cuantos puestos de venta de medicinas dentro de la aldea existen?	00 = ninguno _____	150
147	¿Se venden anticonceptivos en los puestos de medicinas (NOMBRE EL PUESTO DE VENTA DE MEDICINA?)	Si..... 1 No..... 2	
148	¿Tiene (METODO) disponible? 1. Pastillas o pildoras 4. Condón 5. Métodos vaginales (tabletas, espuma, jalea) 8. Otros métodos _____ (ESPECIFIQUE)	Si.....1 No.....2 Si.....1 No.....2 Si.....1 No.....2 Si.....1 No.....2	
149	En total, ¿cuántos puestos de venta de medicinas, dentro de la aldea, venden anticonceptivos?	oo = ninguno _____	

324

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 4: PROGRAMAS DE SALUD Y PLANIFICACION FAMILIAR EN LA COMUNIDAD

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
150	¿Está atendida esta localidad por un promotor de salud, guardián/colaborador de salud?	Si..... 1 No..... 2	154
151	¿Vive el promotor de salud en esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	
152	¿Con qué frecuencia visita la localidad el promotor de salud?	No. de Veces ( ) Mes..... 1 Año..... 2	
153	¿Proveé este promotor de la salud alguno de los siguientes servicios:  a. Litrosol  b. Educación para la Salud?  c. Pesar y medir los niños?  d. Participa en vacunaciones?	  Si..... 1 No..... 2  Si..... 1 No..... 2  Si..... 1 No..... 2  Si..... 1 No..... 2	

154. RESUMEN DE DATOS SOBRE USUARIOS NUEVOS DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE ASHOMPLAFA DE LA COMUNIDAD

Añote los siguientes datos por mes, según la disponibilidad de datos.														
Año	ACTIVIDADES	MESES												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1990	Total usuarias nuevas													
	Total subsiguientes													
	Total controles													
1991	Total usuarias nuevas													
	Total subsiguientes													
	Total controles													
1992	Total usuarias nuevas													
	Total subsiguientes													
	Total controles													
1993	Total usuarias nuevas													
	Total subsiguientes													
	Total controles													
1994	Total usuarias nuevas													
	Total subsiguientes													
	Total controles													

326

REPUBLICA DE HONDURAS, CUEST.22

ESTUDIO SOBRE COSTO DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN LAS COMUNIDADES SELECCIONADAS A TRAVES DE LOS CENTROS DE SALUD

BORRADOR 17/agosto/94

IDENTIFICACION	
DEPARTAMENTO Cod _____	MUNICIPIO Cód. _____
NOMBRE DE LA LOCALIDAD:	
NOMBRE DEL LACTARIO, CNC, CEDIN	_____
REGION DE SALUD No. _____	AREA DE SALUD No. _____
FECHA DE LAS ENTREVISTAS (a)	____ / ____ / ____ Dia Mes Año
TIPO DE LOCALIDAD Ciudad.....1 Pueblo.....2 Aldea.....3 Caserio/campo.....4	( )
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	Código _____
226. INFORMANTES DE LA LOCALIDAD	
NOMBRE DEL INFORMANTE	CARGO/TITULO/OCUPACION
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
227. NUMERO DE INFORMANTES EN LA LOCALIDAD:	
_____	

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 1a: Características de la Comunidad

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	Cual es el número de viviendas de la localidad.	_____ No. de viviendas	
102	Densidad de la localidad	Compacto..... 1 Disperso..... 2	
LAS PREGUNTAS RESTANTES DE ESTA SECCION Y DE LAS SECCIONES 2 Y 3 DEBEN SER CONTESTADAS POR PERSONAS BIEN INFORMADAS DE CADA LOCALIDAD			
103	Cuál es el nombre de la ciudad o pueblo (más grande que éste) más cercano?	Nombre: _____ _____	
104	Cuál es la distancia en kilómetros a (NOMBRE DE LA CIUDAD O PUEBLO) mas cercano?	_____ Kms.	
105	Cuál es el tipo de transporte más frecuentemente usado para viajar a esa localidad?	Bus..... 1 Taxi..... 2 Camión/Baronesa.. 3 Bicicleta..... 4 Bestia. .... 5 A pié..... 6 Otro..... 8	
106	Cuál es la principal vía de acceso a esa localidad?	Carretera asfaltada..1 Carretera sin asfaltar.....2 Sendero.....3 Otro (Rio/ferrocarril.8	

328



CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

BORRADOR 17/Agosto/94

Sección 1a: Características de la Comunidad

107	Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua potable en esta localidad?	Agua potable.....1 (Mayoría de las viviendas)  LLave pública..... 2  Pozo con bomba de mano.. 3  Pozo sin bomba de mano.. 4  Rio, manantial, quebrada, lago..... 5  Carro-Cisterna..... 6  Otro..... 8  _____ (ESPECIFIQUE)	
108	Hay servicios de electricidad en esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	
109	Hay servicios de alcantari-llado en esta localidad?	Si..... 1 No..... 2	
110	Qué tipo de servicio sanitario tienen la mayoría de los hogares en esta localidad?	Inodoro (lavable)..... 1 Letrina hidráulica..... 2 Letrina fosa simple..... 3 No hay servicio..... 4 Otro..... 8  _____ (ESPECIFIQUE)	
111	Cuál es la principal actividad económica de los habitantes de esta localidad?	Agricultura..... 1 Comercial..... 2 Industria pequeña..... 3 Industria grande..... 4 Minería..... 5 Artesanía..... 6 Otro..... 8  _____ (ESPECIFIQUE)	

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

112	Si las siguientes actividades son hechas por un adulto masculino, para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Peón Agropecuario	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia      2. Mes Lps.
	2. Jornalero	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps.
	3. Artesania	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps. 1b. Valor en comida: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1 Dia      2. Mes Lps.

350

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

113	Si las siguientes actividades son hechas por un adulto femenino, para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Peón agrícola	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	2. Sevicios domésticos	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	3. Ventas en la Calle	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	4. Artesania	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17/Agosto/94

114	Si estas actividades son hechas por un niño para un empleador en esta región, ¿Cuál sería el promedio de pago esperado?	
	1. Servicio Doméstico	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	2. Peón Agropecuario	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	3. Jornalero	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.
	4. Artesano	1a. Promedio de pago en efectivo: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.  1b. Valor en comida: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps. 1c. Valor en otros bienes usualmente dados: _____ por _____ 1. Dia 2. Mes Lps.

332

CUESTIONARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS  
BORRADOR 17 de agosto 1994

SECCION IB: DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS MAS CERCANO A/O EN ESTA LOCALIDAD.

SERVICIOS PUBLICOS	115 Distancia en Kms. (a)	116 Trans- porte mas común ( b )	117 Tiempo Minutos ( Código )
<b>A. Educación:</b>			
1. Escuela primaria	_____ Si      "00"	_____	_____
2. Escuela Secundaria	_____ Si      "00"	_____	_____
3. Superior/universi- tario	_____ Si      "00"	_____	_____
<b>B. Servicios Genera- les:</b>			
1. Oficina de correos	_____ Si      "00"	_____	_____
2. Mercado (Plaza de alimentos diaria)	_____ Si      "00"	_____	_____
3. Mercado (Plaza) de alimentos semanal	_____ Si      "00"	_____	_____
4. Pulperia	_____ Si      "00"	_____	_____
5. Cine	_____ Si      "00"	_____	_____
6. Transporte público	_____ Si      "00" SI DISTANCIA="00", PASE 116	_____	_____
<b>C. Servicios de Salud:</b>			
1. CESAMO	_____	_____	_____
2. CESAR	_____ Si      "00"	_____	_____
3. Hospital	_____ Si      "00"	_____	_____
4. Clinica/Medico Privado	_____ Si      "00"	_____	_____
5. Otro	_____ Si      "00"	_____	_____

CODIGOS: (a) 96 = 96+

CODIGOS DE TRANSPORTE

00 = Menos de 1 Km o está dentro  
del área  
98 = No conoce

Bus.....1  
Taxi.....2  
Camión.....3  
Bicicleta.....4  
Bestia.....5  
A pié.....6  
Otro.....8

**Cuestionario 23**

NOMBRE DE COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

ID. No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Producto:	Pulperia 1 (o 4)			Pulperia 2 (o 5)			Pulperia 3 (o 6)		
	Distancia al centro del caserio o aldea: _____ Kms _____ Minutos _____ a pie			Distancia al centro del caserio o aldea: _____ Kms _____ Minutos _____ a pie			Distancia al centro del caserio o aldea: _____ Kms _____ Minutos _____ a pie		
	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.
1. Maíz blanco									
2. Maíz amarillo									
3. Frijol rojo									
4. Frijol negro									
5. Arroz de primera									
6. Arroz de segunda									
7. Sorgo/Maicillo									
8. Pan blanco									
9. Molde de bolsa grande									
10. Molde de bolsa mediana									
11. Pan dulce semita									
12. Pan dulce galletas									
13. Huevos									
14. Queso seco									
15. Queso fresco									
16. Cuajada									
17. Manteca vegetal grande									
18. Manteca vegetal mediana									
19. Manteca de cerdo									
20. Aceite v. grande									
21. Aceite v. mediano									
22. Aceite v. pequeño									
23. Azúcar									
24. Harina de trigo									
25. Harina de maíz									
26. Café molido									
27. Leche en polvo gigante									
28. Leche en polvo grande									
29. Leche en polvo mediana									

321

**Cuestionario 23**

NOMBRE DE COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

ID. No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
 Día / Mes / Año

Producto:	Pulperia 1 (o 4)			Pulperia 2 (o 5)			Pulperia 3 (o 6)		
	Distancia al centro del caserío o aldea:			Distancia al centro del caserío o aldea:			Distancia al centro del caserío o aldea:		
	_____ Kms _____ Minutos _____ a pie			_____ Kms _____ Minutos _____ a pie			_____ Kms _____ Minutos _____ a pie		
	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.
30. Leche en polvo pequeña									
31. Leche líquida grande									
32. Leche líquida mediana									
33. Carne de res tajo									
34. Carne de res hueso									
35. Carne de cerdo tajo									
36. Carne de cerdo costilla									
37. Pollo vivo									
38. Pollo crudo									
39. Menudos de pollo									
40. Pescado filete									
41. Pescado entero									
42. Miel									
43. Papas grandes									
44. Papas pequeñas									
45. Tomate grande									
46. Tomate pequeño									
47. Zanahoria									
48. Cebolla									
49. Yuca									
50. Plátano									
51. Jabón de lavar grande									
52. Jabón de lavar mediano									
53. Jabón de lavar pequeño									
54. Jabón de baño grande									
55. Jabón de baño pequeño									
56. Kerosene									
57. Gas LPG									
58. Refrescos									
59. Golosinas (churros)									

335

**Cuestionario 23**

NOMBRE DE COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

ID. No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
 Día / Mes / Año

Producto:	Mercado 1 (o 4)			Mercado 2 (o 5)			Mercado 3 (o 6)		
	Distancia al centro del caserio o aldea:			Distancia al centro del caserio o aldea:			Distancia al centro del caserio o aldea:		
	_____ Kms _____ Minutos _____ a pie			_____ Kms _____ Minutos _____ a pie			_____ Kms _____ Minutos _____ a pie		
	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.
1. Maíz blanco									
2. Maíz amarillo									
3. Frijol rojo									
4. Frijol negro									
5. Arroz de primera									
6. Arroz de segunda									
7. Sorgo/Maicillo									
8. Pan blanco									
9. Molde de bolsa grande									
10. Molde de bolsa mediana									
11. Pan dulce semita									
12. Pan dulce galletas									
13. Huevos									
14. Queso seco									
15. Queso fresco									
16. Cuajada									
17. Manteca vegetal grande									
18. Manteca vegetal mediana									
19. Manteca de cerdo									
20. Aceite v. grande									
21. Aceite v. mediano									
22. Aceite v. pequeño									
23. Azúcar									
24. Harina de trigo									
25. Harina de maíz									
26. Cafe molido									
27. Leche en polvo gigante									
28. Leche en polvo grande									
29. Leche en polvo mediana									

330



**Cuestionario 23**

NOMBRE DE COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

ID. No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
 Día / Mes / Año

Producto:	Mercado 1 (o 4)			Mercado 2 (o 5)			Mercado 3 (o 6)		
	Distancia al centro del caserío o aldea:			Distancia al centro del caserío o aldea:			Distancia al centro del caserío o aldea:		
	_____ Kms	_____ Minutos	_____ a pie	_____ Kms	_____ Minutos	_____ a pie	_____ Kms	_____ Minutos	_____ a pie
	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.	Precio	Unidad de medida	Peso de Unidad de medida Lbs.
30. Leche en polvo pequeña									
31. Leche líquida grande									
32. Leche líquida mediana									
33. Carne de res tajo									
34. Carne de res hueso									
35. Carne de cerdo tajo									
36. Carne de cerdo costilla									
37. Pollo vivo									
38. Pollo crudo									
39. Menudos de pollo									
40. Pescado filete									
41. Pescado entero									
42. Miel									
43. Papas grandes									
44. Papas pequeñas									
45. Tomate grande									
46. Tomate pequeño									
47. Zanahoria									
48. Cebolla									
49. Yuca									
50. Plátano									
51. Jabón de lavar grande									
52. Jabón de lavar mediano									
53. Jabón de lavar pequeño									
54. Jabón de baño grande									
55. Jabón de baño pequeño									
56. Kerosene									
57. Gas LPG									
58. Refrescos									
59. Golosinas (churros)									

REPUBLICA DE HONDURAS

ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS  
PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS  
1994

MC31/a

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD  
BORRADOR 22/JULIO/94

RESUMEN DE DATOS SOBRE ATENCIONES E INVENTARIO DE RECURSOS  
INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:

Este inventario debe ser completado mediante observaciones de los equipos, materiales, locales disponibles y mediante entrevistas con el personal encargado de las actividades materno infantil, bonos y planificación familiar. En cada caso usted debe verificar la existencia de los materiales mediante su propia observación. Recuerde que el objetivo es identificar los materiales y equipos existente ahora y no para evaluar el rendimiento del equipo técnico ni el manejo de la clínica.

IDENTIFICACION	
Departamento Cod. ____	Municipio: Cod. ____
Región de salud N°: Cod. ____	Area de salud N°: Cod. ____
Nombre del Centro: Cod. ____	Distancia a la ciudad mas cercana: _____ km
Tipo de centro:	CESAR ..... 1 CESAMO ..... 2 Otro ..... 3
Grupo:	Bonos ..... 1 Alimentos ..... 2 Ninguno ..... 3
Fecha inicial de las entrevistas	_____ Día Mes Año
Fecha final de las entrevistas	_____ Día Mes Año
Resultado de la entrevista	1. Realizada completa 2. Realizada incompleta 3. Rechazo 8. Otro _____ (especifique)
Nombre del encuestador(a):	Cod. ____
Firma del supervisor(a):	Fecha: / / 94

356

REPUBLICA DE HONDURÁS

ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS

1994

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC31/a

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

1. QUIEN DA LA INFORMACION

Director 1  
Enfermera 2  
Administrador 3

Nombre del informante: \_\_\_\_\_

2. En que año inició sus labores este centro de salud?	Año: _____												
3. Si hay bonos o alimentos: Hace cuanto tiempo inaugurarón el programa de bonos o alimentos?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">a) Bonos</td> <td style="text-align: center;">b) Alimentos</td> </tr> <tr> <td>Nº de meses ...</td> <td style="text-align: center;">[ ] [ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ] [ ]</td> </tr> <tr> <td>Nº de Años ....</td> <td style="text-align: center;">[ ] [ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ] [ ]</td> </tr> <tr> <td>Si no bonos 98</td> <td style="text-align: center;">Si no alimentos 98</td> <td></td> </tr> </table>		a) Bonos	b) Alimentos	Nº de meses ...	[ ] [ ]	[ ] [ ]	Nº de Años ....	[ ] [ ]	[ ] [ ]	Si no bonos 98	Si no alimentos 98	
	a) Bonos	b) Alimentos											
Nº de meses ...	[ ] [ ]	[ ] [ ]											
Nº de Años ....	[ ] [ ]	[ ] [ ]											
Si no bonos 98	Si no alimentos 98												
4. Hoy se distribuyen:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Bonos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>alimentos.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Si	No	Bonos.....	1	2	alimentos.....	1	2			
	Si	No											
Bonos.....	1	2											
alimentos.....	1	2											

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/a

**INFORMACION SOBRE EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD**

5. Identifique y anote, para cada categoría, la cantidad del personal de salud que trabajó/trabaja a tiempo completo en este centro durante los años indicados.

PERSONAL	AÑOS				
	Números de Personas				
	1990	1991	1992	1993	1994
01. Médicos					
02. Odontólogos					
03. Enfermeras profesionales					
04. Técnicos de laboratorio					
05. Auxiliares de enfermería					
06. Promotores de salud					
07. Aseadores/conserjes					
08. Trabajador social					
88. Otros					

340

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/a

6. Para cada año anote las razones por las fluctuaciones en el número de personal.	
AÑO	COMENTARIOS
1991	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura de nuevos centros</li> <li>2. Aumento de la demanda de atención</li> <li>3. Falta de fondos</li> <li>4. Incorporación programas de bonos</li> <li>5. Incorporación de otros programas</li> <li>6. Cumplimiento de servicio social</li> <li>7. No hay fluctuación</li> <li>8. Otros (especifique)</li> </ol>
1992	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura de nuevos centros</li> <li>2. Aumento de la demanda de atención</li> <li>3. Falta de fondos</li> <li>4. Incorporación programas de bonos</li> <li>5. Incorporación de otros programas</li> <li>6. Cumplimiento de servicio social</li> <li>7. No hay fluctuación</li> <li>8. Otros (especifique)</li> </ol>
1993	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura de nuevos centros</li> <li>2. Aumento de la demanda de atención</li> <li>3. Falta de fondos</li> <li>4. Incorporación del programa de bonos</li> <li>5. Incorporación de otros programas</li> <li>6. Cumplimiento de servicio social</li> <li>7. No hay fluctuación</li> <li>8. Otros (especifique)</li> </ol>
1994	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apertura de nuevos centros</li> <li>2. Aumento de la deuda de atención</li> <li>3. Falta de fondos</li> <li>4. Incorporación del programa de bonos</li> <li>5. Incorporación de otros programas</li> <li>6. Cumplimiento de servicio social</li> <li>7. No hay fluctuación</li> <li>8. Otros (especifique)</li> </ol>

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/a

**INFORMACION SOBRE LA CONSTRUCCION Y EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD**

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																				
7	¿Cuántas areas o cuartos tiene el Centro? (Por favor si hay un cuarto usados por múltiples actividades, seleccione solo el uso principal).	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td align="right">No.</td> </tr> <tr> <td>1. Cuartos/salas de consulta/consejos/tratamiento .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>2. Salas de espera .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>3. Almacenamiento .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>4. Oficinas .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>5. Servicios sanitarios .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>8. Otros .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> </table>		No.	1. Cuartos/salas de consulta/consejos/tratamiento .....	[ ____ ]	2. Salas de espera .....	[ ____ ]	3. Almacenamiento .....	[ ____ ]	4. Oficinas .....	[ ____ ]	5. Servicios sanitarios .....	[ ____ ]	8. Otros .....	[ ____ ]							
	No.																						
1. Cuartos/salas de consulta/consejos/tratamiento .....	[ ____ ]																						
2. Salas de espera .....	[ ____ ]																						
3. Almacenamiento .....	[ ____ ]																						
4. Oficinas .....	[ ____ ]																						
5. Servicios sanitarios .....	[ ____ ]																						
8. Otros .....	[ ____ ]																						
8	¿Qué cantidad de equipo esta funcionando a esta fecha?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td align="right">No.</td> </tr> <tr> <td>1. Mesa de exploración .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>2. Balanza de pie .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>3. Balanza de mesa .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>4. Tallímetros .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>5. Infantómetros .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>6. Cinta métrica .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>7. Estetoscopio .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>8. Esfigmomanómetro .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> <tr> <td>9. Termómetro .....</td> <td align="right">[ ____ ]</td> </tr> </table>		No.	1. Mesa de exploración .....	[ ____ ]	2. Balanza de pie .....	[ ____ ]	3. Balanza de mesa .....	[ ____ ]	4. Tallímetros .....	[ ____ ]	5. Infantómetros .....	[ ____ ]	6. Cinta métrica .....	[ ____ ]	7. Estetoscopio .....	[ ____ ]	8. Esfigmomanómetro .....	[ ____ ]	9. Termómetro .....	[ ____ ]	
	No.																						
1. Mesa de exploración .....	[ ____ ]																						
2. Balanza de pie .....	[ ____ ]																						
3. Balanza de mesa .....	[ ____ ]																						
4. Tallímetros .....	[ ____ ]																						
5. Infantómetros .....	[ ____ ]																						
6. Cinta métrica .....	[ ____ ]																						
7. Estetoscopio .....	[ ____ ]																						
8. Esfigmomanómetro .....	[ ____ ]																						
9. Termómetro .....	[ ____ ]																						

342

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**  
CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/a

**INFORMACION SOBRE EL INVENTARIO DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS**

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	1er. Nivel			2do. Nivel			3er. Nivel		
			CANTL	UNIDA D	COD. UNID	CANTL	UNIDA D	COD. UNID	CANTL	UNIDAD	Cod. Unid
9	¿ De los siguientes medicamentos cuántas unidades tiene el centro a esta fecha?	1. LITROSOL									
		2. DPT									
		3. POLIO									
		4. SARAMPION									
		5. BGC									
		6. VITAMINA A 200.000 IU									
		7. TABLETAS DE HIERRO									
		8.1 PENICILINA INYECTABLE PROCAINICA									
		8.2 PENICILINA RENZATINICA/BECETAZIL									
		9.1 AMPICILINA CAPSULAS 250									
		9.2 AMPICILINA CAPSULAS 500									
		9.3 AMPICILINA JARABE									
		10.1 AMOXILINA CAPSULAS									
		10.2 AMOXILINA JARABE									
		11.1 CO-TRIMOXAZOLE CAPSULAS									
		11.2 CO-TRIMOXAZOLE JARABE									
		12. PILDORA LOFEMENAL									
13. PILDORA OVRETE											
14. METODOS VAGINALES ESPUMA, JALEA, OVULOS											
15. DIU											
16. PRSERVATIVO (CONDON)											
17. MULTIVITAMINAS (PRENATALES)											

Código de Unidad

- 00.- No hay medicamento
- 01.- Dosis
- 02.- Cápsulas/tabletas
- 03.- Unidades
- 04.- Ciclos
- 05.- Mililitros
- 06.- Frascos

- 07.- Cajas
- 08.- Sobres
- 09.- Gramos
- 10.- C.C.
- 11.- Jarabe
- 12.- Miligramos
- 13.- Perla

343

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_  
MC31/a

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
10	La fecha de la última entrega de alimentos del punto de distribución intermedio al Centro de Salud.	____ / ____ / ____ Día      Mes      Año	
11	¿Qué cantidad de los siguientes alimentos tiene el Centro a la fecha (hoy)?	1. Maíz..... 2. Frijol..... 3. Arroz..... 4. Aceite (Galones)..... 5. Leche..... 6. Harina..... 7. Trigo..... 8. Otros..... _____ (Especifique)	<b>CANTIDAD</b> <b>(Libras)</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____
12	¿Cuándo fue la última distribución de bonos o alimentos?	Bonos: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____      Si no bonos anote 99-99-99 Día    Mes    Año Alimentos: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____      Si no alimentos anote 99-99-99 Día    Mes    Año	
13	¿Cuántos bonos o raciones distribuyeron en el Centro durante la última distribución?	Número de bonos distribuidos ..... [    ] Número de raciones distribuidas ..... [    ]	

**Si no hay beneficio PASE A PAGINA 10**

344



**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

**MC31/a**

SI HAY PROGRAMA DE ALIMENTOS LLENE ESTE CUADRO  
CASO CONTRARIO PASE A LA PRREGUNTA 13

No.	PREGUNTAS					
14	Cuál es el tamaño de cada racion distribuida por el programa de PAMI (CARE) a madres y niños durante el año de 1993.	ALIMENTOS	CANTIDAD (Libras)		CANTIDAD (Onzas)	
			Madres	Niños	Madres	Niños
		1. Maíz.				
		2. Frijol				
		3. Arroz				
		4. Aceite				
		5. Harina				
		6. Leche				
		7. Trigo				
		8. Otros				

MC31/a

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS			PASE A
			MENCIONO	NO MENCIONO	
15	SI HAY BONOS: ¿Cuáles fueron los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios de bonos en este centro de salud?				
		1. A través de una encuesta socio-económico .....	1	2	
		2. En consulta con líderes de la comunidad .....	1	2	
		3. Fueron seleccionados por otra autoridad diferente al ministerio de Salud Pública .....	1	2	
		4. Según estado nutricional/ embarazadas, lactantes, desnutridos en consulta .....	1	2	
		8. Otro (especifique).....	1	2	
16	SI HAY ALIMENTOS: ¿Cuáles fueron los criterios que se utilizaron para seleccionar a los beneficiarios del programa de alimentos PAMI (CARE) en este centro de salud?		MENCIONO	NO MENCIONO	
		1. A través de una encuesta socio-económico .....	1	2	
		2. En consulta con líderes de la comunidad .....	1	2	
		3. Fueron seleccionados por otra autoridad diferente al M.S.P. ....	1	2	
		4. Según estado nutricional embarazadas, lactantes, desnutridos en consulta .....	1	2	
		8. Otro (especifique).....	1	2	

346

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/a

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
17	¿En que condición permanece el sistema de tarjetas?	Bien organizado .....1 Parcialmente organizado, se puede utilizar ..... 2 Desorganizado, no se puede utilizar ..... 3	
18	Cómo archivan los expedientes?	No hay sistema de archivos .....1 Alfabéticamente ..... 2 Por número de expediente ..... 3 Por año de la primera visita al Centro ..... 4 Por Carpeta familiar ..... 5 Por aldea ..... 6 Otro _____ ..... 8 (especifique)	
19	Existe un registro diario de acuerdo a tipo de atención? (AT <sub>1</sub> )	Si .....1 No ..... 2 No hay información ..... 9	

Si no hay beneficio PASE A PAGINA 12

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS**  
**PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS**  
**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CUADRO No. 20

1994

CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/b

1. Datos de las cantidades de alimentos y bonos distribuidos por mes durante 1993 y 1994.								
PAMI						B.M.I.		
Meses 1993	N° raciones Total	N° raciones para niños	No. raciones para embarazadas	No. raciones para lactantes	No. raciones para personas voluntarias	N° Bonos Total	No. Bonos madres	No. de Bonos niños
1. enero								
2. febrero								
3. marzo								
4. abril								
5. mayo								
6. junio								
7. julio								
8. agosto								
9. septiembre								
10. octubre								
11. noviembre								
12. diciembre								
<b>1994</b>								
13. enero								
14. febrero								
15. marzo								
16. abril								
17. mayo								
18. junio								
19. julio								
20. agosto								
21. septiembre								
22. octubre								
23. noviembre								
24. diciembre								

Si no hay datos marque .....9999  
 Si no esta aplicable marque.....9998

347

ESTUDIO SOBRE COSTO EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE BONOS Y ALIMENTOS CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

NOMBRE CENTRO \_\_\_\_\_ No. CENTRO \_\_\_\_\_

CUADRO No. 21

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1990 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1990 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
1.a Embarazadas nuevas													
1.b Embarazadas en control													
2. Puerperas													
3.a Usuarias de P.F. 1ra. vez en el programa													
3.b Usuarias de P.F. 1o. vez en el año													
3.c Controles de planificación													
4.a Con diarrea < 5 años nuevos													
4.b Con diarrea < 5 años en control													

679



CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1991 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1991 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
1.a Embarazadas nuevas													
1.b Embarazadas en control													
2. Puerperas													
3.a Usuarías de P.F. 1ra. vez en el programa													
3.b Usuarías de P.F. 1o. vez en el año													
3.c Controles de planificación													
4.a Con diarrea < 5 años nuevos													
4.b Con diarrea < 5 años en control													

351





CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_\_

CUADRO No. 22

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1992 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1992 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
1.a Embarazadas nuevas													
1.b Embarazadas en control													
2. Puerperas													
3.a Usuarias de P.F. 1ra. vez en el programa													
3.b Usuarias de P.F. 1o. vez en el año													
3.c Controles de planificación													
4.a Con diarrea < 5 años nuevos													
4.b Con diarrea < 5 años en control													

253



CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_\_

CUADRO No. 23

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1993 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1993 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
1.a Embarazadas nuevas													
1.b Embarazadas en control													
2. Puerperas													
3.a Usuarias de P.F. 1ra. vez en el programa													
3.b Usuarias de P.F. 1o. vez en el año													
3.c Controles de planificación													
4.a Con diarrea < 5 años nuevos													
4.b Con diarrea < 5 años en control													

355

CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1993 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1993 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
5.a Con IRA < 5 años nuevos													
5.b Con IRA < 5 años en control													
6.a Crecimiento normal													
6.b Desnutridos < 5 años 1ra. vez en el año													
6.c Grado I													
6.d Grado II													
6.e Grado III													
7.a Desnutridos < 5 años en control													
7.b. Grado I													
7.c. Grado II													
7.d Grado III													
8. Inmunizaciones													
9. Entrega de bonos													
10. Entrega de alimentos													

CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_\_

CUADRO No. 24

MC31/c

NOTA: Si en un mes no hubo consultas anote ceros.  
Si no se encuentran los datos anote nueves.  
Si no aplica anote 9998

1. Número de atenciones prestadas en 1994 por mes, según tipo de atención.

VISITAS	1994 MESES												
	Total	1 Ene.	2 Feb.	3 Mar.	4 Abr.	5 May.	6 Jun.	7 Jul.	8 Ago.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dic.
1.a Embarazadas nuevas													
1.b Embarazadas en control													
2. Puerperas													
3.a Usuarias de P.F. 1ra. vez en el programa													
3.b Usuarias de P.F. 1o. vez en el año													
3.c Controles de planificación													
4.a Con diarrea < 5 años nuevos													
4.b Con diarrea < 5 años en control													

154



CUESTIONARIO DE LOS CENTROS DE SALUD

No. CENTRO \_\_\_\_\_

MC31/c

CUADRO No. 25

6.- Anote las razones por las diferencias entre el número de atenciones de los años analizados:	AÑOS			
	1990 a 1991	1991 a 1992	1992 a 1993	1993 a 1994
1. Apertura de nuevos centros de salud				
2. Cambios de personal				
3. Campaña de vacunación				
4. Licencia				
5. Vacunación personal				
6. Reuniones en la región				
7. Limpieza del establecimiento				
8. Feriados nacionales				
9. Falta de presupuesto/materiales				
10. Huelga				
11. Otro				

159

# CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

Para Pacientes con Diarrea

MC32/a

## INTERACCIONES ENTRE EL TRABAJADOR DE SALUD Y LA PACIENTE

POR FAVOR USAR SOLAMENTE CON PACIENTES QUE HAN VENIDO PARA CONSULTA POR DIARREA

**· IMPORTANTE:** Por favor obtenga la aprobación de los dos - el paciente y el trabajador - antes de empezar a observarlos. (Cuando los observe, sea discreto, y por ninguna razón se involucre en la interacción de las personas que esta observando). Asegúrese que el trabajador de salud comprenda que usted no los esta evaluando y que usted no es un experto que se puede consultar durante la cita. Trate de sentarse detrás del paciente pero no directamente en frente del trabajador de salud. Tome notas tan silenciosamente como sea posible.

Durante las pruebas se determinará si será necesario revisar los expedientes después de estas observaciones para tomar o comprobar algunos datos.

**CUADRO No. 26**

IDENTIFICACION											
Nº de paciente: _____											
Nombre del Centro: _____	NUMERO DE CENTRO: _____										
Fecha de la observación (EN NUMEROS):	____ / ____ / ____ Día            Mes            Año										
Hoy es día de distribución de:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Bonos .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Alimentos .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Si	No	Bonos .....	1	2	Alimentos .....	1	2	
	Si	No									
Bonos .....	1	2									
Alimentos .....	1	2									
¿Cuál es el título del trabajador de salud?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Médico .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Enfermera profesional .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Enfermera auxiliar .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(especifique)</td> <td></td> </tr> </table>	Médico .....	1	Enfermera profesional .....	2	Enfermera auxiliar .....	3	Otro _____	8	(especifique)	
Médico .....	1										
Enfermera profesional .....	2										
Enfermera auxiliar .....	3										
Otro _____	8										
(especifique)											
Firma del supervisor: _____	Fecha: ____ / ____ / ____ DIA            MES            AÑO										

360



CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

MC32/a

Para Pacientes con Diarrea

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

CUADRO No.27

NIÑOS CON DIARREA

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
		SI	NO	
1.-	El trabajador de salud preguntó:			
a	Por cuánto tiempo el niño ha estado sufriendo de diarrea? .....	1	2	
b	Cada cuanto el niño ha estado haciendo deposición? .....	1	2	
c	Ha habido sangre o moco en la deposición? .....	1	2	
d	Ha estado vomitando? .....	1	2	
e	Si el niño ha tenido fiebre? .....	1	2	
f	Si el niño ha tenido mucha sed? .....	1	2	
g	Qué se ha hecho en la casa hasta el momento? .....	1	2	
2.-	El trabajador de salud:			
a	Tomó la temperatura? .....	1	2	
b	Examinó las mucosas de la boca? .....	1	2	
c	Pellizcó la piel? .....	1	2	
d	Pesó el niño? .....	1	2	
3.-	El trabajador del centro de salud examinó el niño para ver si podía recibir líquidos por la boca?	1	2	
4.-	El trabajador del centro de salud le dió Litrosol: .....	1	2	5
	Si le dió Litrosol:			
a	Suministraron (prepararon y dieron) en el centro? .....	1	2	
b	Se lo dieron para llevar a la casa? .....	1	2	
c	Le explicó a la madre cómo prepararlo? .....	1	2	
d	Le explicó a la madre cómo administrárselo? .....	1	2	
5.-	Le explicó las señales de peligro de la enfermedad?	1	2	
6.-	El trabajador del centro de salud explicó a la madre la importancia de continuar alimentando al niño?	1	2	
7.-	Le explicó a la madre la importancia de continuar dando el pecho al niño?	1	2	
8.-	El trabajador del centro de salud ofreció un trato cordial al paciente?	1	2	

## CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

### Control de Crecimiento y Desarrollo

MC33a

### INTERACCIONES ENTRE EL TRABAJADOR DE SALUD Y LA PACIENTE

**POR FAVOR USAR SOLAMENTE PARA LOS PACIENTES QUE HAN VENIDO PARA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**IMPORTANTE:** Por favor obtenga la aprobación de los dos - el paciente y el trabajador - antes de empezar a observarlos. (Cuando los observe, sea discreto, y por ninguna razón se involucre en la interacción de las personas que esta observando). Asegúrese que el trabajador de salud comprenda que usted no los esta evaluando y que usted no es un experto que se puede consultar durante la cita. Trate de sentarse detrás del paciente pero no directamente en frente del trabajador de salud. Tome notas tan silenciosamente como sea posible.

Durante las pruebas se determinará si será necesario revisar los expedientes después de estas observaciones para tomar o comprobar algunos datos.

**CUADRO No.28**

IDENTIFICACION										
Nº de paciente: _____										
Nombre del Centro:	NUMERO DE CENTRO: _____									
Fecha de la observación (EN NUMEROS):	____/____/____ Día            Mes            Año									
Hoy es día de distribución de:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Bonos .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Alimentos .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Si	No	Bonos .....	1	2	Alimentos .....	1	2
	Si	No								
Bonos .....	1	2								
Alimentos .....	1	2								
¿Cuál es el título del trabajador de salud?	Médico ..... 1 Enfermera profesional ..... 2 Enfermera auxiliar ..... 3 Otro ..... 8 (especifique)									
Firma del supervisor: _____	Fecha: ____/____/____ DIA            MES            AÑO									

*362*

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**  
**Control de Crecimiento y Desarrollo**

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES AL OBSERVADOR:** Para cada una de las preguntas anotadas abajo, marque el código que representa su observación sobre lo que vió durante el período de interacción.

**CUADRO No. 29**

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1.	El trabajador del centro de salud bajó la escala a cero al principio de la sesión?	Si ..... 1 No ..... 2 No se puede verificar ..... 3	
2.-	El trabajador de salud anotó la edad del niño en meses y días? (verificar en el expediente)	Si ..... 1 No ..... 2	
2a	Como determinó la edad del niño?	Comprobando con carnet o con historia clínica ..... 1 Le preguntó a la madre ..... 2	
3.-	Cuando el trabajador del centro de salud pesó el niño lo desnudaron?	Si ..... 1 No ..... 2	
3a	Esperó que el niño estuviera quieto para leer el peso?	Si ..... 1 No ..... 2	
3b	El trabajador del centro de salud leyó correctamente el peso del niño?	Si ..... 1 No ..... 2 No se puede verificar ..... 3	
4.-	Qué clase de registro fue usado?	Tarjeta del niño ..... 1 Expediente ..... 2 Ambos ..... 3 Otro ..... 8  _____ (especifique)	

363

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

Control de Crecimiento y Desarrollo

No. Centro \_\_\_\_\_

No. Paciente \_\_\_\_\_

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5	¿Es la primera vez que traen al niño para pesarlo?	Si ..... 1 No ..... 2	5b
5a	¿El trabajador de salud le dió a la madre una tarjeta de crecimiento?	Si ..... 1 No ..... 2	
5b	Graficó el peso correctamente.	Si ..... 1 No ..... 2 No se puede verificar ..... 3	
5c	¿Unió los puntos de la gráfica?	Si ..... 1 No ..... 2	
6	¿El trabajador de salud discutió el resultado con la madre?	Si ..... 1 No ..... 2	
7	¿El trabajador de salud le explicó a la madre que el niño necesita alimentos adicionales u otras atenciones?	Si ..... 1 No ..... 2	
8	¿El trabajador de salud trató de verificar que la madre entendía la información?	Si ..... 1 No ..... 2	
9	¿El trabajador habló sobre la necesidad de la lactancia materna y prácticas de destete según la edad del niño?	Si ..... 1 No ..... 2	
10	¿El trabajador de salud le preguntó a la madre si tenía algunas preguntas sobre el estado de salud de su niño?	Si ..... 1 No ..... 2	
11	¿El trabajador de salud le explicó a la madre cuando debe volver para el próximo control del niño?	Si ..... 1 No ..... 2	
12	¿El trabajador de salud ofreció un trato cordial al paciente?	Si ..... 1 No ..... 2	
13	¿Revisó el esquema de vitamina A del niño?	Si ..... 1 No ..... 2	
14	¿Se indicó vitamina A si correspondía?	Si ..... 1 No ..... 2	

351

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Para Pacientes con IRA**

**MC34a**

**INTERACCIONES ENTRE EL TRABAJADOR DE SALUD Y LA PACIENTE**

**POR FAVOR USAR SOLAMENTE CON PACIENTES QUE HAN VENIDO PARA CONSULTA POR IRA**

**IMPORTANTE:** Por favor obtenga la aprobación de los dos - el paciente y el trabajador - antes de empezar a observarlos. (Cuando los observe, sea discreto, y por ninguna razón se involucre en la interacción de las personas que esta observando). Asegúrese que el trabajador de salud comprenda que usted no los esta evaluando y que usted no es un experto que se puede consultar durante la cita. Trate de sentarse detrás del paciente pero no directamente en frente del trabajador de salud. Tome notas tan silenciosamente como sea posible.

Durante las pruebas se determinará si será necesario revisar los expedientes después de estas observaciones para tomar o comprobar algunos datos.

**CUADRO No. 30**

IDENTIFICACION										
Nº de paciente: _____										
Nombre del Centro: _____	NUMERO DE CENTRO: _____									
Fecha de la observación (EN NUMEROS):	____/____/____ Día      Mes      Año									
Hoy es día de distribución de:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">Si</td> <td align="center">No</td> </tr> <tr> <td>Bonos .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Alimentos .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		Si	No	Bonos .....	1	2	Alimentos .....	1	2
	Si	No								
Bonos .....	1	2								
Alimentos .....	1	2								
¿Cuál es el título del trabajador de salud?	Médico ..... 1 Enfermera profesional ..... 2 Enfermera auxiliar ..... 3 Otro _____ ..... 8 (especifique)									
Firma del supervisor: _____	Fecha: _____/_____/_____ DIA      MES      AÑO									

365

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

MC34/a

**Para Pacientes con IRA**

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES AL OBSERVADOR:** Para cada una de las preguntas anotadas abajo, por favor, proporcione el código que representa su observación sobre que vió durante el período de interacción.

**CUADRO No. 31** **Sección III.A Niños con IRA**

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
		Si	No	
1	El trabajador de salud preguntó:			
a.-	¿Cuánto tiempo llevaba el niño tosiendo?	1	2	
b.-	¿Si el niño ha tenido señales de peligro?	1	2	
c.-	¿Si el niño respira rápidamente (cansadito)?	1	2	
d.-	¿Si el niño tenía dolor en la garganta?	1	2	
e.-	¿Qué han hecho hasta el momento por el niño?	1	2	
2	El trabajador de salud:			
a.-	Tomó la temperatura .....	1	2	
b.-	Contó la respiración durante un minuto .....	1	2	
c.-	Miró si tenía tiraje subcostal .....	1	2	
d.-	Observó si tenía señales de peligro? .....	1	2	
e.-	Examinó la garganta .....	1	2	
3	Dió un diagnóstico a la madre .....	1	2	
4	Explicó medidas de apoyo en casa .....	1	2	

366

5	Explicó señales de peligro .....	1	2	
6	¿El trabajador de salud ofreció un trato cordial al paciente?	1	2	





**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Para Pacientes con Control Prenatal**

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES AL OBSERVADOR: Para cada una de las preguntas, Marque el código que represente su observación.

**CUADRO No. 33**

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1	¿Cuál es el propósito de la visita?	Confirmar embarazo ..... 1 Primera visita prenatal ..... 2 Visita de seguimiento prenatal ..... 3	8
2	¿El trabajador de salud preguntó el número de embarazos anteriores?	Si ..... 1 No ..... 2	
3	¿El trabajador pregunto sobre la fecha del último parto?	Si ..... 1 No ..... 2 Primeriza ..... 3	6
4	El trabajador de salud preguntó como habían terminado sus embarazos anteriores (por ejemplo: nacido vivo, nacido muerto, aborto, malparto)	Si ..... 1 No ..... 2	
5	El trabajador de salud preguntó sobre complicaciones en los embarazos anteriores? por ejemplo: (Complicaciones tales como, hemorragia, toxemia, infección, parto prolongado, cesaría)	Si ..... 1 No ..... 2	
6	El trabajador de salud preguntó sobre la fecha de la última regla?	Si ..... 1 No ..... 2	
7	El trabajador de salud calculó la edad de gestación estimada?	Si ..... 1 No ..... 2	
8	El trabajador de salud preguntó sobre inmunizaciones contra el tétano?	Si ..... 1 No ..... 2	

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Para Pacientes con Control Prenatal**

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
		SI	NO	
9	El trabajador de salud preguntó sobre problemas que ha tenido durante el embarazo? por ejemplo: dolor de cabeza, infección urinaria, convulsiones, nauseas, cólico, mareo, etc.) .....	1	2	
10	Le habló sobre planificación familiar?	1	2	
11	El trabajador de salud cubrió los siguientes puntos durante el examen físico?			
	a. Examinó las piernas por señales de hinchazón? .....	1	2	
	b. Tomó la presión arterial .....	1	2	
	c. Midió/palpó el abdomen para determinar el tamaño y posición del feto/ .....	1	2	
	d. Tomo el latido del corazón y sonidos del feto? .....	1	2	
	e. Examinó ojos, boca para señales de anemia (palidez)?	1	2	
	f. Pesó a la mujer? .....	1	2	
	g. Examinó las mamas? .....	1	2	
12	El trabajador de salud proporcionó tabletas de hierro (prenatales)?	1	2	
13	El trabajador de salud la refirió o pidió una visita de seguimiento?	1	2	
14	¿El trabajador de salud ofreció un trato cordial al paciente?	1	2	
15	¿Registró la mujer embarazada en el listado de mujeres embarazadas?	1	2	

570



CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

MC36/a

Planificación Familiar

No.Centro \_\_\_\_\_

No.Paciente \_\_\_\_\_

CUADRO No. 35

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1	¿Cuál es la razón para la visita de hoy?	Obtener un método anticonceptivo (nunca ha planificado) ..... 1 Viene a control de planificación familiar (es paciente actual de este centro) ..... 2 Primera visita de planificación familiar (es paciente actual y primera vez en este centro) .. 3 Consulta de paciente subsiguiente (y no esta planificando actualmente) ..... 4 Paciente puérpera ..... 5	8   3  8
2	¿El trabajador de salud verificó el expediente de la usuaria durante la visita?	Si ..... 1 No ..... 2	
3	¿Qué método esta usando la paciente actualmente?	Píldora ..... 1 DIU ..... 2 Preservativo (condon) ..... 3 Esterilización quirurgica ..... 4 Otro ..... 8 _____ (especifique)	
4	¿El trabajador de salud preguntó acerca de los problemas o efectos adversos del método actualmente en uso?	Si ..... 1 No ..... 2	
5	¿Existe suficiente cantidad de anticonceptivos para que la paciente pueda recibir la cantidad que ella requiere?	Si ..... 1 No ..... 2	7

392

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

MC36/a

Planificación Familiar

No. Centro \_\_\_\_\_

No. Paciente \_\_\_\_\_

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
6	¿Qué hizo el trabajador de salud?	Dió a la paciente la cantidad requerida ..... 1 Dió a la paciente una cantidad menor de lo requerido ..... 2 Dió a la paciente un método diferente ..... 3 Refirió a la paciente a otro centro de distribución 4 Se le indicó a la paciente regresar cuando los anticonceptivos sean recibidos ..... 5 Otro ..... 8 _____ (especifique)	
7	¿El trabajador de salud le dió una próxima cita?(marque el código correspondiente y <u>termine con este modulo</u> )	Si ..... 1 No ..... 2	
*	<b>Preguntas sólo para pacientes con código 1 y 4 en la preg. # 1</b>		
8	¿El trabajador de salud le preguntó a la paciente sobre sus intenciones reproductivas? (p.e. el número deseados de hijos, espaciamiento de hijos, el número de hijos vivos)	Si ..... 1 No ..... 2	
9	¿El trabajador de salud registró el historial reproductivo de la usuaria?	Si ..... 1 No ..... 2	

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

MC36/a

Planificación Familiar

No. Centro \_\_\_\_\_  
No. Paciente \_\_\_\_\_

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
10	¿El trabajador de salud discutió la selección de los métodos disponibles con la usuaria?	Si .....1 No ..... 2	
11	¿Tuvo la usuaria una preferencia particular por un método anticonceptivo?	Si .....1 No ..... 2	14
12	¿Recibió la usuaria el método preferido por ella?	Si .....1 No ..... 2	14
13	¿Cuál fue la razón dada por el trabajador de salud para no dar a la usuaria el método preferido. Por ella?	El Método no es proveído en el Centro ...1 No hay en existencia ..... 2 Hay contraindicaciones por razones médicas <sup>3</sup> Otro _____ ..... 8 (especifique)	
14	¿El trabajador de salud explicó en detalle como el método adoptado debe ser usado y los posibles efectos por su uso?	Si .....1 No ..... 2	
15	¿El trabajador de salud informó a la usuaria sobre la próxima fecha para proporcionarle mas anticonceptivos?	Si .....1 No ..... 2	
16	¿El trabajador de salud ofreció un trato cordial al paciente?	Si .....1 No ..... 2	

518

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Entrevista de Salida con los Pacientes**

No. Centro \_\_\_\_\_

MC37/a

POR FAVOR USE SOLAMENTE PARA LOS PACIENTES QUE USTED NO LOS HAYA OBSERVADO DENTRO DE LA CONSULTA Y QUE HAYAN VENIDO POR UNA O MAS DE LA SIGUIENTES RAZONES: Recolección de bonos, recolección de alimentos, cuidado del niño enfermo con diarrea o IRA, cuidado del niño sano de menos de 5 años (evaluación del crecimiento y vacunaciones), control prenatal, planificación familiar.

**CUADRO No. 36**

IDENTIFICACION										
Nº de paciente: _____										
Nombre del Centro:	No. Centro _____									
Tipo de Centro de Salud	CESAR ..... 1 CESAMO ..... 2 Otro ..... 3									
Grupo:	Bonos ..... 1 Alimentos ..... 2 Ninguno ..... 3									
Fecha de la observación (EN NUMEROS):	____/____/____ Día      Mes      Año									
Hoy es el día de distribución de:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">Si</td> <td align="center">No</td> </tr> <tr> <td>Bonos .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Alimentos .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>		Si	No	Bonos .....	1	2	Alimentos .....	1	2
	Si	No								
Bonos .....	1	2								
Alimentos .....	1	2								
Nombre de la encuestadora:										
Firma del supervisor(a):	Fecha: ____/____/____ Día      Mes      Año									

375

## CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

### Entrevista de Salida con los Pacientes

No. Centro \_\_\_\_\_

MC37/a

**INSTRUCCIONES AL ENTREVISTADOR:** Cuando la paciente haya terminado la consulta con el personal del Centro de Salud, pregúntele si esta dispuesta a responder a unas preguntas sobre los servicios que ha recibido. Es esencial que usted obtenga su consentimiento informando antes de principiar la entrevista, o sea que la siguiente introducción se debe utilizar.

#### SALUDO

Buenos días/Buenas tardes. Queremos conocer la situación de los servicios materno infantiles que se proporcionan en este Centro y nos interesaría obtener sus opiniones sobre los servicios que usted ha recibido. Me gustaría hacerle unas preguntas sobre la consulta que acaba de tener con los trabajadores de salud y le agradecería me preste un poco de atención.

Yo no escribiré su nombre. Todo lo que usted me cuente será estrictamente confidencial.

**CUADRO No. 37**

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	<u>Menciono</u>	<u>No menciono</u>	PASE A
1.-	¿Cuáles fueron las razones de su visita?	1. Recolectar bonos..... 2. Recolectar alimentos..... 3. Niño enfermo con diarrea o IRA..... 4. Niño sano de menos de 5 años para inmunización/monitoreo de crecimiento..... 5. Visita prenatal..... 6. Visita puerperal..... 7. Planificación familiar...	1     1   1   1	2     2   2	
2	Si una amiga de usted quisiera servicios de salud materno infantil, usted le aconsejaría venir a este Centro o ir a otro centro?	1. Venir a este Centro 2. Ir a otro Centro 8. Otro 9. No sabe/no responde			

376



**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Entrevista de Salida con los Pacientes**

No. Centro \_\_\_\_\_

MC37/a

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	MENCIONO	NO MENCIONO	PASE A
3	Si la respuesta de la pregunta 2 es ir a otro sitio, pregunte porqué?	Porqué: 1. Queda más cerca otro ..... 2. Atienden mejor..... 3. Hay más medicinas..... 4. Atienden más rápido..... 5. Hay médico..... 8. Otro _____ (Especifique)	1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2	
4	Cuanto tiempo tuvo que esperar desde que llego a la clínica hasta que la atendieron?	Tiempo de esperar: _____ Horas      Minutos			
5	Cree que su tiempo de espera fue razonable o tomo mucho tiempo?	1. No tuvo que esperar 2. Razonable 3. Muy largo 9. No sabe/no responde			
6	Este es el centro más cercano a su casa que proporciona los servicios que usted vino a obtener?	1. Si..... 2. No 9. No sabe/no responde	.....		8

7	Si "no", por que vino a esta clínica en cambio de ir a una más cercana?	1. Transporte mas conveniente.	1	2	
		2. Ofrecen mejores servicios...	1	2	
		3. Ofrecen más variedad de servicios.....	1	2	
		4. Tenía otras razones por las cuales visitar esta area.....	1	2	
		5. Porque el centro da bonos...	1	2	
		6. Porque el centro da alimentos.....	1	2	
		8. Otros.....	1	2	

318

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Entrevista de Salida con los Pacientes**

No. Centro \_\_\_\_\_

MC37/a

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	MENCIONO	NO MENCIONO	PASE A
8	En general, qué tan satisfecha esta con la visita a esta clínica?	1. Muy satisfecha..... 2. Satisfecha..... 3. Regular..... 4. Insatisfecha..... 9. No sabe/no responde.....	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	
9	Usted cree que recibió los servicios que vino a buscar hoy?	1. Si..... 2. No..... 3. Parcialmente..... 8. Otro..... 9. No sabe/no responde.....	..... ..... .....		11 10 10
10	Si la respuesta es "no" o "parcialmente", pregunte "Porqué se siente así?"	Porqué: 1. No dieron suficiente medicina... 2. Falta amabilidad..... 3. No explican bien el diagnóstico.. 4. No explican bien la terapia..... 8. Otro _____ (Especifique)	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	
11	Durante la consulta usted sintió que era fácil comprender los trabajadores de salud o no era fácil comprenderlos?	1. Fácil de comprenderlos 2. Difícil de comprenderlos 8. Otro _____ 9. No responde/no sabe			
12	Cuántos años cumplidos tiene usted? (ANOTE LA EDAD EN AÑOS)	Edad en años _____ Años			
13	Cuántos hijos vivos propios tiene usted?	Número de hijos _____ No. de hijos			

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

**Entrevista de Salida con los Pacientes**

No. Centro \_\_\_\_\_

MC37/a

ENCUESTADOR(A): PARA TERMINAR, QUISIERA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE USTED MISMA

No	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
14	¿Cuál fué el último grado o año que usted aprobó en el nivel más alto de estudio?	NIVEL	GRADO (Ultimo)	
		1. Primaria	_____	
		2. Secundaria	_____	
		3. Universitaria	_____	
15	¿Cuál es su estado civil?	1. Casada 2. Unión libre 3. Soltera 4. Separada/divorciada 5. Viuda		
16	¿Cuáles son las actividades principales por las que obtiene ingresos su familia?	1. Producción agropecuaria 2. Jornales 3. Elaboración de productos para la venta 4. Comercio 8. Otro		
17	¿Realiza usted algún trabajo o actividades por la cual recibe pago en dinero o especie?	1. Si afuera de la casa 2. Si en la casa 3. Si los dos 4. No		

230

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO: \_\_\_\_\_

MC38/a

**PREGUNTAS PARA EL PERSONAL DE CENTROS DE SALUD CON BMI (PROGRAMA DE BONO MATERNO INFANTIL)**

1. LISTADO DE TODAS LAS PERSONAS QUE CONFORMAN EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS 1994

**CUADRO No. 38**

No.DE ORDEN	NOMBRE	CARGO	CODIGO PARA CARGO	TIENE RESPONSABILIDAD EN EL PROGRAMA DE BMI?	
				SI	NO
1				1	2
2				1	2
3				1	2
4				1	2
5				1	2
6				1	2
7				1	2
8				1	2

**CODIGOS TITULOS:**

1. MEDICO
2. ENFERMERA PROFESIONAL
3. ENFERMERA AUXILIAR
4. ODONTOLOGO
5. TECNICO EN LABORATORIO
6. CONSERJE/ASEADORES
7. PROMOTORES DE SALUD
8. OTRO (especifique)

**ENCUESTADORA:** Los que **SI** tengan dichas responsabilidades deberá llenarse el cuadro 3 (Salario mensual y compensación total por año) y un cuestionario (MC38/b) por separado.

2. A los que **NO** tengan dichas responsabilidades solo preguntarles (en cuadro 2) si la introducción del programa de BMI ha afectado su trabajo en el centro y no llenarles (MC38/b). Si lo ha afectado, deberá preguntárseles de qué manera les ha afectado.

381

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO: \_\_\_\_\_

MC38/a

2. CUADRO No. 39

No.de orden del cuadro 1	¿LA INTRODUCCION DEL PROGRAMA DE BMI EN EL CENTRO HA AFECTADO SU TRABAJO EN EL MISMO?			Código de Razón
	SI=1	NO=2	¿Si ha afectado, como? (Razón)	
			<b>Código:</b> 1. Más trabajo 2. Muchos formularios 3. Más pacientes 4. No se puede dar más atenciones 8. Otros	

CUADRO No. 40

3. COMPENSACION TOTAL DE CADA MIEMBRO DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA

No.de orden cuadro #1	TITULO SALARIO MENSUAL (1994)	OTROS PAGOS POR AÑO	COMPENSACION TOTAL POR AÑO (1994)

\* Incluye el salario del individuo, cualquier pago adicional recibido por antigüedad o por el nivel de responsabilidad del individuo, el décimotercer (o catorceavo, etc.) sueldo mensual pagado (v.p. como bonificación de navidad o aguinaldo, o en lugar de un incremento de salario más rutinario).

382

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/b

**EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR AL PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA BMI**

Las siguientes preguntas son acerca de varias actividades en las que usted podría haber participado al llevarse a cabo el programa BMI. Queremos saber sobre las diferentes actividades que usted lleva a cabo en este programa. deseamos recabar información sobre cuánto tiempo ha utilizado en cada una de estas actividades durante el año pasado, desde \_\_\_\_\_ (especificar el mes, 12 meses antes de la entrevista).

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Número de orden del cuadro 1  
(Cuestionario MC38/a)

Cargo: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**CUADRO No. 41**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
1	Durante el año pasado, ¿recibió usted algún entrenamiento relacionado con el programa Bono Materno-Infantil?	Si .....1 No ..... 2	3
1a	¿Quién le proveyó la última capacitación?	1a 1. Ministerio de salud. 2. PRAF 8. Otro _____ (especifique)	
1b	¿Cuándo? (anote: mes, y año)	1b. ____ _ Mes                  Año	
1c	¿En qué consistió?	1C 1. Selección de participantes 2. Manejo de formatos 3. Actualización del programa 4. _____ 8. Otros (especifique)	
1d	¿Cuánto tiempo duró la jornada de capacitación?	1d. ____ _ Horas                  Minutos	
1e	¿Donde fue impartida?	1e. 1. En este lugar..... 2. Otro lugar _____ (especifique)	

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/b

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
2	¿Le pagaron viáticos?	Si ..... 1 No ..... 2	3
2a	¿Cuánto le pagaron?	_____ . _____ Lps	

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	
3.	Durante el año calendario pasado (1993) Ha participado usted en alguna actividad para determinar que personas son elegible para participar en el Programa BMI?	Si ..... 1 No ..... 2	
3a	En que actividades para seleccionar beneficiarios que se realizaron el año pasado participo usted.	ACTIVIDAD(ES)	
		MENCIONO	NO MENCIONO
	1. A través de la encuesta socio económica.....	1	2
	2. En consulta con líderes de la comunidad.....	1	2
	3. Fueron seleccionados por otra autoridad diferente al M.S.P.....	1	2
	4. Segun estado nutricional, embarazo, lactancia y observaciones en consulta.....	1	2
	8. Otro (especifique) _____	1	2
			TIEMPO UTILIZADO
			_____ días    _____ horas/día
			_____ días    _____ horas/día
			_____ días    _____ horas/día
			_____ días    _____ horas/día
			_____ días    _____ horas/día

281



CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD,

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/b

No.	Preguntas y Categorías	Menciona	No menciona
4	Por favor explíqueme cual es el procedimiento que se sigue para entregarles los bonos a los beneficiarios		
	1. Comprobar la identidad _____	1	2
	2. Comprobar en los listados su vigencia como beneficiario	1	2
	3. Verificar que este al día con sus citas y controles	1	2
	4. Pedir el carnet del beneficiario	1	2
	5. Firma de recibo o huella digital	1	2
	8. Otros _____	1	2

385

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/b

CUADRO No.42

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
5	¿Cuánto tiempo utilizó usted en el <u>último mes</u> en el que ingresaron madres nuevas en el programa explicando cual es el propósito del mismo y como funciona	_____ horas          _____ minutos	
5a	¿Cuánto tiempo utilizó usted en el <u>último mes</u> en el que ingresaron beneficiarias nuevas completando y explicando el propósito de la boleta de inscripción (formato # 1)?	_____ horas          _____ minutos	
5b	¿Cuánto tiempo utilizó usted en el último mes en el que ingresaron beneficiarios nuevos completando y explicando el propósito de el carnet de beneficiario?	_____ horas          _____ minutos	
<b>AHORA QUISIERA SABER CUANTO ES EL TIEMPO PROMEDIO QUE USTED UTILIZA DISTRIBUYENDO BONOS.</b>			
6	¿En cuanta distribución de bonos participó usted el año pasado	_____ No. de distribución	
7	En una distribución de bonos, cuánto tiempo utiliza en cada una de las siguientes actividades:	TIEMPO UTILIZADO	
7a	Distribuyendo bonos y completando el Formato # 3: Control de Entrega Mensual de Bonos:	_____ días          _____ horas/días	
7b	Completando el Formato # 2: Control Mensual de Egresos.	_____ días          _____ horas/días	
7c	Completando el Formato # 4: Informe Mensual de Existencias y Control de Recibos de Bonos.	_____ días          _____ horas/días	
7d	Completando el Formato # 5: Programación y Ejecución de Beneficiarios y Bonos Solicitud Mensual de Bonos.	_____ días          _____ horas/días	
7e	Completando el Formato # 10: Control de Existencia Física de Bonos.	_____ días          _____ horas/días	

306

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/b

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A										
8	Cree usted que la introducción del BMI ha afectado la prestación de servicio en este centro de salud?	Si ..... 1 No ..... 2											
8a	¿De que manera ha afectado?  1. Aumento en la demanda de servicios  2. Menos tiempo para prestar atenciones  3. Dedicar menos tiempo a la atención de cada paciente  8. Otro (especifique) _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="619 400 1115 476">Menciona</th> <th data-bbox="1115 400 1445 476">No menciona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="619 476 1115 549">1</td> <td data-bbox="1115 476 1445 549">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 549 1115 655">1</td> <td data-bbox="1115 549 1445 655">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 655 1115 761">1</td> <td data-bbox="1115 655 1445 761">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 761 1115 863">1</td> <td data-bbox="1115 761 1445 863">2</td> </tr> </tbody> </table>	Menciona	No menciona	1	2	1	2	1	2	1	2	
Menciona	No menciona												
1	2												
1	2												
1	2												
1	2												
9	Diría usted que la introducción del Programa BMI, en su totalidad ha sido bueno para el personal del centro de salud?	Si ..... 1 En algunas formas ..... 2 No estoy seguro ..... 3 No ..... 4 No sabe ..... 9											
10	¿Diría usted que la introducción del Programa BMI en su totalidad ha sido bueno para la comunidad?	Si ..... 1 En algunas formas ..... 2 No estoy seguro ..... 3 No ..... 4 No sabe ..... 9											
11	¿Qué piensa usted que podría hacerse para mejorar la forma en que opera el programa B.M.I.?	Que el personal del PRAF entregue los bonos a los beneficiarios ..... 1 Que el personal del PRAF seleccione a los beneficiarios en las comunidades ..... 2 Que los bonos se entreguen mensualmente porque tienen vencimiento ... 3 Que el bono sea de mayor valor ..... 4 Que se de apoyo con más personal para este centro ..... 5 Otros (Especifique) ..... 8											

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/c

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO (BMI)

(NOTA: En el caso de los CESARES, será usualmente la auxiliar de enfermería quien también estará contestando las preguntas anteriores. Estas son preguntas más generales sobre cómo está organizado el programa BMI y cómo funciona dentro del centro. Esta información es importante para aprender sobre la diversidad de los programas--diferentes modos de organización, diferentes modos de operaciones ya que ambos tienen implicaciones potenciales importantes para mejorar la eficiencia del programa nacional--y son esenciales para entender los costos de los programas.)

**CUADRO No. 43**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A
1	¿Cuándo el programa se inicio se realizó algún estudio o diagnostico de necesidades de la comunidad para determinar quienes serían los beneficiarios?	Si .....1	No ..... 2	2
1a	¿Cuáles fueron las características principales de las comunidades que se tomaron en cuenta:	<b>Menciono</b>	<b>No menciono</b>	
	1. Distancia del centro	1	2	
	2. Indicadores socioeconómicos de la comunidad	1	2	
	8. Otro (especifique)	1	2	
1b	¿Cuáles fueron las características principales de los hogares seleccionadas por este programa?	<b>Menciono</b>	<b>No menciono</b>	
	1. Ingreso	1	2	
	2. Número de hijos	1	2	
	3. Estado nutricional	1	2	
	4. Condición de embarazo o lactante	1	2	
	5. Que no tenga vivienda propia	1	2	
	8. Otros	1	2	

380

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/c

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
2	Hay días especiales en el mes para distribución de bonos o se dan en cualquier día	1. Hay días especiales del mes  2. Se dan en cualquier día del mes.....	4
3	¿Qué pasa si una familia viene al centro a obtener sus bonos en un día diferente al programado para su distribución?	1. Se les entregan  2. Ellos tienen que regresar hasta el día de la próxima entrega  3. No se entregan se reintegra el valor  4. No está definido  8. Otro	

389

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/c

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
4	¿Hay alguna hora definida durante el día, para la asignación de bonos?	1. Hay una hora definida 2. Se distribuyen durante todo el día	
5	Cuando una mujer viene a recoger sus bonos y/o los bonos de sus hijos, se revisa la tarjeta/carnet de beneficiarios?	Si, siempre ..... 1 Usualmente ..... 2 Algunas veces ..... 3 Raras veces ..... 4 No, nunca ..... 5	5b
5a	Si la respuesta es cualquiera de las anteriores menos "no", pregunte: ¿Qué sucede si uno de los beneficiarios no están "al día" con todos sus cuidados (v.g., todas las visitas prenatales, o todas las vacunas de los niños?) Se requiere que ellos obtengan estos servicios?	<b>MENCIONO</b> <b>NO MENCIONO</b>	
	1. Se le entregan los bonos y se le pide que se ponga al día con sus citas	1                                      2	
	2. Se pospone la entrega hasta que este al día con su cita	1                                      2	
	8.Otros _____	1                                      2	
5b	Siempre se dan los bonos antes de que obtengan los servicios, o primero tienen que recibir los servicios y sólo entonces reciben los bonos?	Se dan antes de que obtenga los servicios ..... 1 Se dan después de que obtiene los servicios ..... 2	

390

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/c

NO.	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PASE A
6	¿Qué proporción (%) de personas y familias que reciben bonos también reciben ese día algún tipo de servicio para el cuidado de la salud?  a) Personas  b) Familias	a) _____ %  b) _____ %	
7	¿Los bonos son distribuidos por el personal de salud o por otras personas?	Personal de salud ..... 1  Otras personas ..... 2	
8	¿Cómo recibe su centro de salud los bonos que distribuye?	1. Los recoge un empleado del centro en la sede del área.  2. Son traídos al centro por el personal de área  3. Son traídos al centro por el administrador de área acompañado por personal del PRAF.  4. Son traídos al centro por el personal del PRAF.  8. Otras	

391

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/d

PREGUNTAS PARA EL JEFE/ADMINISTRADOR DEL AREA CON (BMI)

CUADRO No.44

NO.	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PASE A
1	¿Cuándo comenzaron a participar en el programa BMI los centros de salud de su área?	_____ mes                      año	
2	¿Cuántos centros de salud de su área están participando en el programa BMI?	_____ No. centros	
2a	¿Cuantos bonos distribuyeron en la última entrega?	_____                      _____ No.Bonos                      Total	
3	¿Existe algún aumento de gastos de transporte o viáticos como resultado del programa de bonos?	Si ..... 1. No ..... 2	
4	Si la respuesta es si ¿Cuánto fue el aumento sobre lo normal en el gasto de transporte o viáticos en el último año?	_____ Lps.	

392



CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/d

PREGUNTAS PARA EL PERSONAL A NIVEL DEL AREA QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA BONO MATERNO INFANTIL (BMI)

1994

5. CUADRO No.45

No. de orden	Nombre	Cargo	Salario Mensual	Otros Pagos	Compensación Total al año
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

395

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC38/e

**PREGUNTAS PARA EL PERSONAL A NIVEL DEL AREA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA (BMI)**

Nombre del Entrevistado: \_\_\_\_\_

Número de orden cuadro 5

**CUADRO No.46**

(Cuestionario  
MC38/d)

No.6	En cuales de las siguientes actividades participo usted? Por favor anote la cantidad de tiempo que generalmente utiliza en cada una?				PASE A	
	ACTIVIDAD	Participa usted en esta actividad		Cantidad de tiempo utilizado		
		Si	No	Por mes		Por año
	a) Distribución de bonos.	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
	b) Capacitando a otros.	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
	c) Recibiendo capacitación.	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
	d) Manteniendo el control y monitoreo del BMI	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
	e) Elaborando información del Programa/formatos.	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
	f) Otras actividades. Especifique:	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
7	¿Cuánto tiempo al mes utiliza para completar el Formato # 7, "Informe Mensual de Ejecución y Existencias de Bono"?	1	2	_____ Horas	_____ Horas	
8	¿Cuánto tiempo al mes utiliza para completar el Formato # 8, "Programación y Ejecución mensual de Beneficiarios y Bonos, Solicitud Mensual de Bonos"?	1	2	_____ Horas	_____ Horas	

394

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC39/a

PREGUNTAS PARA EL PERSONAL DE CENTROS DE SALUD CON PAMI

1. LISTADO DE TODAS LAS PERSONAS QUE CONFORMAN EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS 1993

CUADRO No. 47

No. de Orden	NOMBRE	CARGO	CODIGO PARA CARGO	TIENE RESPONSABILIDAD EN EL PROGRAMA DE PAMI?	
				SI	NO
1				1	2
2				1	2
3				1	2
4				1	2
5				1	2
6				1	2
7				1	2
8				1	2

CODIGOS TITULOS:

1. MEDICO
2. ENFERMERA PROFESIONAL
3. ENFERMERA AUXILIAR
4. ODONTOLOGO
5. TECNICO EN LABORATORIO
6. CONSERJE/ASEADORES
7. PROMOTORES DE SALUD
8. OTRO (especifique)

**ENCUESTADORA:** Los que **SI** tengan dichas responsabilidades deberá llenárseles el cuadro 3 (Salario mensual y compensación total por año) y un cuestionario (MC39/b) por separado

2. A los que **NO** tengan dichas responsabilidades solo preguntarles (en cuadro 2) si la introducción del programa de PAMI ha afectado su trabajo en el centro y no llenarles (MC39/b)

395

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC39/a

2. CUADRO No.48

No.de orden del cuadro 1	¿LA INTRODUCCION DEL PROGRAMA DE PAMI EN EL CENTRO HA AFECTADO SU TRABAJO EN EL MISMO?			Código de Razón
	SI=1	NO=2	¿Si ha afectado, cómo? (Razón)	
			<b>Código:</b> 1. Más trabajo 2. Muchos formularios 3. Más pacientes 4. No se puede dar más atenciones 8. Otros	

CUADRO No. 49

3. COMPENSACION TOTAL DE CADA MIEMBRO DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA

No.de orden cuadro #1	SALARIO MENSUAL (1994)	OTROS PAGOS POR AÑO	COMPENSACION TOTAL POR AÑO (1994)

\* Incluye el salario del individuo, cualquier pago adicional recibido por antigüedad o por el nivel de responsabilidad del individuo, el decimotercer (o catorceavo, etc.) sueldo mensual pagado (v.p. como bonificación de navidad o aguinaldo, o en lugar de un incremento de salario más rutinario).

396

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC39/b

**PREGUNTAS PARA EL PERSONAL DE CENTROS DE SALUD CON PAMI (ALIMENTOS)**

**ENCUESTADORA: A CADA UNO DE LAS PERSONAS QUE TIENEN RESPONSABILIDAD EN EL PROGRAMA DE ALIMENTOS EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR AL ENTREVISTADO:**

Las siguientes preguntas son acerca de varias actividades en las que usted podría haber estado involucrado al llevar a cabo el programa de alimentos del centro.

Nosotros queremos saber sobre las diferentes actividades que usted hace al realizar este programa. Queremos recabar información sobre cuánto tiempo ha utilizado en cada unas de estas actividades durante el año 1993.

Nombre del Entrevistado \_\_\_\_\_

No. de Orden del cuadro del MC39/a \_\_\_\_\_

**CUADRO No.50**

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
1	Durante el año pasado, ¿recibió usted algún entrenamiento relacionado al programa PAMI?	Si ..... 1 No ..... 2	3
1a	¿Quién le impartió la ultima capacitación?	1a. 1. Ministerio de salud publica 2. CARE 8. Otro especifique _____	2b
1b	¿Cuándo recibió la última capacitación relacionada con el programa PAMI?	1b. _____ Mes                  Año	
1c	¿En qué consistió?	1c. 1. Selección de participantes 2. Manejo de los formatos 8. Otros (especifique) _____	
1d	¿Cuántas horas tiempo duró la jornada de capacitación?	1d. _____ Horas                  Minutos	
1e	¿Donde fue impartida?	1e. 1. En este lugar..... 2. Otro lugar lugar(especifique) _____	
2	¿Le pagaron viáticos?	Si ..... 1 No ..... 2	3
2a	¿Cuánto le pagaron?	_____ Lempiras	
2b	¿Cuántas capacitaciones recibió el año pasado	2b. _____ No. de veces	

No.	PREGUNTAS	CATEGORIAS			
3	Durante el año calendario 1993 ¿Ha participado usted en alguna actividad para determinar que personas son elegible para participar en el programa PAMI	Si..... 1 No..... 2			4
3a	¿En cuales actividades para seleccionar beneficiarios participó usted el año pasado?	MENCIONO	NO MENCIONO	TIEMPO UTILIZADO	
	1. A través de una encuesta socio económica	1	2	____ días    ____ horas/día	
	2. En consulta con lideres de la comunidad	1	2	____ días    ____ horas/día	
	3. Fueron seleccionados por otra autoridad diferente al M.S.P.	1	2	____ días    ____ horas/día	
	4. Según estado nutricional, embarazadas, lactantes, observaciones en consulta	1	2	____ días    ____ horas/día	
	5.	1	2	____ días    ____ horas/día	
	6.	1	2	____ días    ____ horas/día	
	8. Otros _____ (Especifique)	1	2	____ días    ____ horas/día	

3976

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

CENTRO \_\_\_\_\_

MC39**b**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	
		MENCIONO	NO MENCIONO
4	Por favor explíqueme cual es el procedimiento que se sigue para entregar los alimentos a los beneficiarios del programa PAMI		
	1. Comprobar la identidad de las personas	1	2
	2. Verificar en los listados su vigencia como beneficiario	1	2
	3. Verificar que este al día con sus citas y controles	1	2
	4.	1	2
	5.	1	2
	8. Otros	1	2

399

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

CENTRO \_\_\_\_\_

MC39\6

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
5	¿Cuánto tiempo utilizó usted en el último mes en el que ingresaron madres nuevas al programa explicando el propósito del mismo y cómo funciona	<p>_____</p> <p>horas          Minutos</p>	
6	¿Es usted responsable de llenar algunos formatos, por ejemplo; reportar qué cantidad de alimentos se está distribuyendo, o quién está recibiendo los alimentos? (Obtenga copias de estos formatos).	<p>SI ..... 1</p> <p>No ..... 2.....</p>	7
6a	¿Cuánto tiempo utiliza usted completando estos formatos?	<p>_____</p> <p>horas</p> <p>Cada:          mes ..... 1</p> <p>                  año ..... 2</p>	
7	¿Qué cree usted que podría hacerse para mejorar la forma en que opera el programa PAMI?	<p><b>MENCIONO                  NO MENCIONO</b></p>	
	1. Aumento proporcional del personal	<p>1                                  2</p>	
	2. Distribuir de manera mas ordenada las actividades del programa	<p>1                                  2</p>	
	3. Simplificar los procedimientos administrativos	<p>1                                  2</p>	
	4. Definir y aplicar criterios para la selección de beneficiario	<p>1                                  2</p>	
	5. Dar orientación al programa PAMI como instrumento de desarrollo comunitario	<p>1                                  2</p>	
	8. Otro(especifique)	<p>1                                  2</p>	

400



**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**  
**CENTRO \_\_\_\_\_**  
**MC39/b**

NO.					
8	¿En cuáles de las siguientes actividades participa usted? por favor anote la cantidad de tiempo que generalmente utiliza en cada una?				
	ACTIVIDAD	PARTICIPA USTED EN ESTA ACTIVIDAD		CANTIDAD DE TIEMPO QUE UTILIZA POR MES	
		SI	NO	POR MES	POR AÑO
8a	Recoger los alimentos del punto de distribución intermedio.	1	2	_____ horas	_____ horas
8b	Descargar los alimentos que son traídos al centro.	1	2	_____ horas	_____ horas
8c	Limpiar, supervisar o vigilar el lugar donde se almacenan los alimentos.	1	2	_____ horas	_____ horas
8d	Traer los alimentos de su lugar de almacenamiento al centro para su distribución.	1	2	_____ horas	_____ horas
8e	Reempacar los alimentos para su distribución.	1	2	_____ horas	_____ horas
8f	Distribuir los alimentos a los beneficiarios.	1	2	_____ horas	_____ horas
8g	Otras	1	2	_____ horas	_____ horas

**Cuestionario del Centro de Salud**

MC39/c

**PREGUNTAS PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO (PAMI)**

(NOTA: En el caso de los CESARES, será usualmente la auxiliar de enfermería quien también estará contestando las preguntas anteriores. Estas son preguntas más generales sobre cómo está organizado el programa PAMI y cómo funciona dentro del centro. Esta información es importante para aprender sobre la diversidad de los programas--diferentes modos de organización, diferentes modos de operaciones ya que ambos tienen implicaciones potenciales importantes para mejorar la eficiencia del programa nacional--y son esenciales para entender los costos de los programas.)

**CUADRO No.51**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS		PASE A
1	¿Cuándo el programa se inició se realizó algún estudio o diagnóstico de la comunidad para determinar quienes serían los beneficiarios?	Si .....1	No ..... 2	1b
		No sabe .....9		
1a	¿Cuáles fueron las características principales de las comunidades que se tomaron en cuenta?	<b>MENCIONO</b>	<b>NO MENCIONO</b>	
	1. Distancia del centro	1	2	
	2. Indicadores socioeconómicos de la comunidad	1	2	
	8. Otros	1	2	
1b	¿Cuáles son las características principales de los hogares seleccionados por este programa?	<b>MENCIONO</b>	<b>NO MENCIONO</b>	
	1. Ingreso	1	2	
	2. Número de hijos	1	2	
	3. Estado nutricional	1	2	
	4. Condición de embarazo o lactante	1	2	
	5. Que no tenga vivienda propia	1	2	
	8. Otros	1	2	

402

**Cuestionario del Centro de Salud  
MC39/c**

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
2	¿Hay días especiales en el mes para distribución de alimentos o se dan en cualquier día?	1. Hay días especiales, del mes 2. Se dan en cualquier día del mes.....	4
3	¿Que pasa si una familia viene al centro a obtener sus alimentos en un día diferente al programado para su distribución?	1. Se les entregan 2. Ellos tienen que regresar hasta el día de la próxima entrega 3. No se entregan, se reintegran los alimentos 4. No está definido 8. Otro	
4	¿Hay alguna hora definida durante el día para la asignación de alimentos?	1. Hay una hora definida 2. Se distribuyen durante todo el día	
5	Cuando una mujer viene a recoger sus alimentos se revisa la tarjeta/carnet de beneficiario?	Si, siempre ..... 1 Usualmente ..... 2 Algunas veces ..... 3 Raras veces ..... 4 No, nunca ..... 5	5b
5a	Si la respuesta es cualquiera de las anteriores menos "no", pregunte: ¿Qué sucede si uno de los beneficiarios no está "al día" con todos sus cuidados (p.e., todas las visitas prenatales, o todas las vacunas de los niños?) Se requiere que ellos obtengan estos servicios?	<b>MENCIONO</b> <b>NO MENCIONO</b>	
	1. Se le entregan los alimentos y se le pide que se ponga al día con sus citas.....	1                                      2	
	2. Se pospone la entrega de alimentos hasta que este al día con sus citas.....	1                                      2	
	8. Otros	1                                      2	
5b	Siempre se dan sus alimentos antes de que obtengan estos servicios, o primero tienen que recibir los servicios y sólo entonces reciben los alimentos?	Se dan antes de que obtengan los servicios .....1 Se dan después de que obtiene los servicios.....2 No hay consulta ese día.....3	

403

**Cuestionario del Centro de Salud**

MC39/c

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
6	¿Qué proporción de las personas y familias que reciben alimentos reciben también algún tipo de servicio para el cuidado de la salud?  a) Personas  b) Familias	a) _____ %  b) _____ %	
7	¿Los alimentos son distribuidos por el personal de salud o por otras personas?	Personal de salud ..... 1  Otras personas ..... 2	
8	¿En cuáles de las siguientes actividades colaboran los receptores u otros miembros de la comunidad?  Actividades:  1. Recoger alimentos  2. Descargar alimentos/bodega  3. Reempacar alimentos  4. Dar en efectivo  8. Otros _____	_____ Horas/Hombre/Año                  Lps/año  _____ Horas/Hombre/Año                  Lps/año  _____ Horas/Hombre/Año                  Lps/año  _____ Horas/Hombre/Año                  Lps/año  _____ Horas/Hombre/Año                  Lps/año	
9	¿A qué distancia esta ubicado el centro de salud del punto de distribución intermedio?	_____ Kilómetros	
10	¿Qué medio de transporte utiliza el centro de salud para traer los alimentos?	1. Ninguno/vienen a dejarlos 2. Carro particular prestado 3. Carro particular alquilado, valor _____ Lps.  4. Bestia prestada 5. Bestia alquilada, valor _____ Lps.	

404

CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD

MC39/d

No. DE REGION: \_\_\_\_\_

No. DEL AREA: \_\_\_\_\_

CENTROS DE SALUD EN EL ESTUDIO DE ESTA AREA

CUADRO No.52

NOMBRES DE LOS CENTROS DE SALUD	No.

PREGUNTAS PARA EL JEFE DE AREA Y EL ADMINISTRADOR DE AREA: (PAMI)

CUADRO No.53

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS	PASE A
1.	¿Cuándo comenzaron a participar en el programa PAMI los centros de salud de su área?	<p>_____</p> <p>Día      Mes      Año</p>	
2.	¿Cuántos centros de salud de su área están participando en el programa PAMI?	<p>_____</p> <p>No. CENTROS</p>	

PREGUNTAS PARA EL PERSONAL DEL AREA QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE ALIMENTOS (PAMI)

3. CUADRO No.54

No. de orden	Nombre	Cargo	Salario Mensual	Otros Pagos	Compensación Total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

405

**CUESTIONARIO DEL CENTRO DE SALUD**

MC39/d

PREGUNTAS PARA EL PERSONAL AL NIVEL DEL AREA QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA (PAMI)

Nombre del Entrevistado \_\_\_\_\_

No. de Orden del cuadro 3 del MC39/d \_\_\_\_\_

**CUADRO No.55**

NO.	ACTIVIDAD	PARTICIPA USTED EN ESTA ACTIVIDAD		CANTIDAD DE TIEMPO QUE UTILIZA	
		SI	NO	POR MES	POR AÑO
		1	2	_____ horas	_____ horas
	a) Distribución de alimentos.	1	2	_____ horas	_____ horas
	b) Capacitando a otros.	1	2	_____ horas	_____ horas
	c) Recibiendo capacitación.	1	2	_____ horas	_____ horas
	d) Manteniendo el control y monitoreo del PAMI.	1	2	_____ horas	_____ horas
	e) Elaborando información del programa/formatos.	1	2	_____ horas	_____ horas
	f) Otras actividades.	1	2	_____ horas	_____ horas

406

## 5. REFERENCES

- Fiedler, John, Tina Sanghvi, Gustavo Sáenz, Beatrice Rogers, Jere Behrman, Margaret Phillips and Peter Tatian. *Costs and Cost Effectiveness of MCH Feeding and Income Transfer Programs in Honduras: An Evaluation of MCH Programs for Distribution of Bonos (BMI) and Food (PL 480, Title II)*. Project Report prepared for the U.S. Agency for International Development (USAID) by Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability. September 1995.
- Phillips, Margaret, Gustavo Sáenz, John Fiedler, Beatrice Rogers, Peter Tatian, Tina Sanghvi and Jere Behrman. *The Costs and Cost-Effectiveness of School Feeding and School Bonos Programs in Honduras*. Project Report prepared for the U.S. Agency for International Development (USAID) by Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability. September 1995.
- Rogers, Beatrice L., Tina G. Sanghvi, Peter Tatian, Jere Behrman, Miguel Calderón, Sally Creliá and Magdalena García. *Food and Income Subsidies and Primary Schooling in Rural Honduras: An Evaluation of the Impact of the Bonos (BMJF) and PL 480 - Title II School Feeding Programs*. Project Report prepared for the U.S. Agency for International Development (USAID) by Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability. September 1995.
- Sanghvi, Tina G., Beatrice L. Rogers, Peter Tatian, Jere Behrman, Miguel Calderón, Sally Creliá and Magdalena García. *Impact of Food Aid and Income Transfer Programs on Health and Nutrition: An Evaluation of Bonos (BMI) and Food (PL 480, Title II) Programs in Honduras*. Project Report prepared for the U.S. Agency for International Development (USAID) by Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability. September 1995.
- Tatian, Peter A. *Designing a Data Entry and Verification System*. International Food Policy Research Institute (IFPRI). Microcomputers in Policy Research Series. Number 1. 1992.