

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
ENSANUT - 2018

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF DE 10 A 49 AÑOS), SALUD DE LA NIÑEZ Y LACTANCIA MATERNA *edad*
(INFORMANTE DIRECTO)

2

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana <input type="checkbox"/>	2. Área Rural <input type="checkbox"/>	7. Zona <input type="text"/>
3. Provincia <input type="text"/>	8. Sector <input type="text"/>	9. No. Secuencial de la vivienda original <input type="text"/>
4. Cantón <input type="text"/>	10. Número de hogares en la vivienda <input type="text"/>	11. Hogar <input type="text"/>
5. Cabecera cantonal o parroquial <input type="text"/>	12. Período <input type="text"/>	
6. Conglomerado <input type="text"/>		

B. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Se separa a cambio Parte A y B

Manzana: <input type="text"/>	Edificio: <input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------------

C. DATOS DE LA INFORMANTE

COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

1. COMPLETA (efectiva) <i>se enuncia</i>	<input type="text"/>
2. RECHAZO	<input type="text"/>
3. LA MADRE NO AUTORIZA <i>nueva alternativa</i>	<input type="text"/>
4. OTRA ¿CUÁL? <input type="text"/>	<input type="text"/>

E. PERSONAL RESPONSABLE

SUPERVISOR: <input type="text"/>
ENCUESTADOR: <input type="text"/>
CRÍTICO-CODIFICADOR: <input type="text"/>
DIGITADOR: <input type="text"/>
VALIDADOR: <input type="text"/>

F. FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

RECUERDE: “ Antes de iniciar la entrevista con la MEF, procure lograr el máximo de privacidad posible”

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

100	¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		No recuerda					8888
101	Entonces, ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Años cumplidos <input type="text"/>					
		No recuerda					88

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A LEA A LA ENTREVISTADA:

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

200	¿Actualmente está usted embarazada?	Si 1 No 2 No sabe 88	PASE a PREG. 207
201	En este embarazo: ADMITE UNA SOLA RESPUESTA <i>Incrementa recuadro</i>	¿Quería quedar embarazada? 1 → ¿Quería esperar más tiempo? 2 ¿No quería embarazarse? 3 →	PASE a PREG. 203 PASE a PREG. 203
202	¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	a. Meses b. Años No sabe 88	
203	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tiene usted? <i>Incrementa recuadro.</i> ADMITE UNA SOLA RESPUESTA	a. Semanas b. Meses No sabe 88	
204	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	Antes de la semana 12 (3 meses) 1 → Después de la semana 12 2 No se realizó el control 3 →	PASE a PREG. 206 PASE a PREG. 206
205	¿Por qué razón NO acudió a su primer control prenatal antes de la semana 12:	No pudo asistir en el horario de atención del establecimiento de salud?.. 1 No pudo obtener una cita?..... 2 El establecimiento de salud estaba lejos?..... 3 Consideró que aún no había signos evidentes de embarazo?..... 4 Falta de recursos económicos?..... 5 Otro, cual? 6 <i>Especifique</i>	
206	¿Es su primer embarazo?	Si 1 → No 2 →	PASE a PREG. 624 PASE a PREG. 208
207	¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	Si 1 No 2 →	PASE a PREG. 624
208	Ahora, hablando de sus hijos/as que se encuentran vivos/as, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted? Excluir hijos adoptivos e hijastros (entendados)	a. Hijos en casa b. Hijas en casa c. TOTAL HIJOS/AS EN CASA	(SI NO TIENE ANOTE 00)

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

209	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos/as no viven con usted? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Excluir hijos adoptivos e hijastros (entendados)</div>	a. Hijos fuera de casa <input style="width: 40px;" type="text"/> b. Hijas fuera de casa <input style="width: 40px;" type="text"/> c. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA <input style="width: 40px;" type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00)
210	¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos/as y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo. (Presentó algún signo, por ejemplo respiró o lloró)?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 212
211	¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos/as han muerto?	a. Hijos que murieron <input style="width: 40px;" type="text"/> b. Hijas que murieron <input style="width: 40px;" type="text"/> c. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON..... <input style="width: 40px;" type="text"/> (SI NO TIENE ANOTE 00) <i>texto.</i>
212	De todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo/a que murió/falleció antes de nacer (mortinato), pero después de los cinco meses de embarazo?	Sí 1 → Cuántos? <input style="width: 40px;" type="text"/> No 2 → PASE a PREG. 216
213	¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto (mortinato)?	a. MES <input style="width: 40px;" type="text"/> <i>texto.</i> b. AÑO <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe/No recuerda..... 8888
214	ENCUESTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA 212 DECLARÓ SOLO 1 MORTINATO, CIRCULE CÓDIGO 1. SI LA RESPUESTA EN LA PREG 212 ES MAYOR A 1 CIRCULE CÓDIGO 2	Solo uno 1 → PASE a PREG. 216 Más de uno 2
215	¿En qué mes y año tuvo el hijo/a anterior al último/a que nació muerto/a (mortinato)?	a. MES <input style="width: 40px;" type="text"/> <i>texto.</i> b. AÑO <input style="width: 40px;" type="text"/> No sabe/No recuerda..... 8888
216	Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes. ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?	Sí 1 → Cuántos? <input style="width: 40px;" type="text"/> No 2
217	ENCUESTADOR/A: TRANSCRIBA LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 208c, 209c y 211c PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: En total, ¿Cuántos hijos/as nacidos vivos/as ha tenido durante toda su vida? _____	208c. Total hijos/as que viven en casa <input style="width: 40px;" type="text"/> 209c. Total hijos/as fuera de casa <input style="width: 40px;" type="text"/> 211c. Total hijos/as nacidos vivos/as que murieron <input style="width: 40px;" type="text"/> SUMA TOTAL HIJOS/AS NACIDOS/AS VIVOS/AS <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 5px;">Si la suma total es igual a "00" pase a 524</div>

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

• REGISTRE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTÍNUÉ EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR).

• LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.

• EN COLUMNA f., REGISTRE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; REGISTRE MESES SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS; REGISTRE EN AÑOS SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR A DOS AÑOS..

NÚMERO DE REGISTROS:

218.	COD. PER. FORM. 1	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Esta vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE MESES SI ES MENOR DE 5 AÑOS	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía cuando murió?
01		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
ÚLTIMO NACIDO VIVO		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
02		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
PENÚLTIMO NACIDO VIVO		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
03		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
04		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
CUARTO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
05		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
QUINTO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
06		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
SEXTO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
07		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
SÉPTIMO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
08		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
OCTAVO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
09		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
NOVENO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				
10		Hombre 1	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	Sí... 1 <input type="text"/> SIG. COL. NO.. 2 <input type="text"/> PASE e	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES PASE SIG. HIJO/A	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	<input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> AÑOS
DÉCIMO ANTERIOR		Mujer 2	<input type="text"/> AÑO				

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

219	¿Después de alguno de sus partos, sintió tristeza?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG.222
220	¿Fue:	Poca tristeza?..... 1 Mucha tristeza?..... 2
221	¿Durante cuánto tiempo se sintió triste?	Menos de 3 meses..... 1 3 meses 2 6 meses 3 1 año o más 4 No sabe/ no responde..... 88

SECCIÓN II. PARTE A. SESIONES DEMOSTRATIVAS Y VISITAS DOMICILIARIAS (CONSEJERÍA NUTRICIONAL)

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y VERIFIQUE SI EXISTE UN NIÑO/A NACIDO VIVO A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2017

222	VERIFIQUE PREG. 218: AL MENOS UNA NIÑA O NIÑO VIVA(O), MENOR DE 1 AÑO?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG.300
223	¿En los últimos 12 meses, ¿Usted participo junto con otras madres en reuniones o sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria de su niña/niño del personal de salud o de otras instituciones? <i>Sesión demostrativa: es una reunión donde el personal del Ministerio de Salud, o de otras instituciones enseña y prepara con las mamás, papilla y comidas nutritivas para sus niñas y niños menores de 3 años.</i>	Sí 1 No..... 2 No sabe/ no responde 88 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG.300</div>
224	En los últimos 12 meses, ¿A cuántas reuniones o sesiones demostrativas acudió?	Número de sesiones demostrativas..... <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A. INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

300	VEA EN PREG. 218, PÁGINA 3. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2015	Antes de diciembre de 2015..... 1 → PASE A PREG. 400 A partir de diciembre de 2015..... 2
301	SEÑOR ENCUESTADOR: Registre el código y nombre del último nacido vivo	COD. <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/>
302	¿Al nacer (...) su último hijo/a le dio el seno? POR LO MENOS UNA VEZ	Si..... 1 → PASE A PREG. 304 No..... 2
303	¿Por qué no amamantó a (...)?	Porque le hicieron una cesárea..... 1 Porque estaba muy enferma..... 2 Porque (...) nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días..... 3 Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno 4 Porque no tuvo leche..... 5 Otra, cuál 6 Especifique
303a	Aunque (...) no haya sido amamantado al nacer por usted, ¿recibió leche materna de otra madre, del banco de leche, extraída o de otra forma? <i>Nueva Pregunta.</i>	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88 } PASE A PREG. 305
304	¿A qué tiempo después del nacimiento (...) empezó a mamar, lactar o recibir leche materna? <i>Se mejoró texto.</i>	Inmediatamente después de nacido (después del parto)?..... 1 Menos de una hora?..... 2 Entre una hora y menos de 24 horas?..... 3 Más de un día?..... 4

B: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

305	¿Fue alimentado (...) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?	Si..... 1 No..... 2
306	En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio/dieron algo de beber, aparte de su pecho?	Si..... 1 No..... 2 → PASE A PREG. 309

C: LACTANCIA MATERNA CONTINUA

307	¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) <u>solamente pecho</u> , sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Días <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca le dio solamente pecho..... 1 Todavía le está dando solamente pecho..... 2 No recuerda..... 3
308	¿(...) tomó leche materna, en el día y/o la noche de ayer?	Si..... 1 No..... 2
309	¿Le dio el pecho a (...) cada vez que le pidió, o a libre demanda desde que nació?	Si..... 1 No..... 2

D: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

310	¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna durante el día y/o la noche de ayer?	Si..... 1 No..... 2 → PASE A PREG. 312
-----	--	--

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

311. ¿(...) consumió durante el día y/o la noche de ayer alguno de los siguientes líquidos: (lea los ítems de la lista de uno en uno), por favor avíseme:	SI	NO	NO SABE	¿CUANTAS VECES CONSUMIÓ EL DÍA DE AYER ESTOS LÍQUIDOS?
a. Agua pura?	1	2	88	<input type="text"/>
b. Leche de fórmula como por ejemplo NAN (industrializada producida para niños)?	1	2	88	<input type="text"/>
c. Leche en polvo (en tarro o en funda), o fresca de vaca?	1	2	88	<input type="text"/>
d. Jugos naturales hechos en casa?	1	2	88	<input type="text"/>
e. Sopa?	1	2	88	<input type="text"/>
f. Yogurt (bebible)?	1	2	88	<input type="text"/>
g. Colada?	1	2	88	<input type="text"/>
h. Otro líquido Ej: bolos, gelatina, gaseosa, fresco solo, tampico?	1	2	88	<input type="text"/>
i. Agua aromática?	1	2	88	<input type="text"/>
j. Cualquier otro líquido? _____ Especifique	1	2	88	<input type="text"/>

312	¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, durante el día y/o la noche de ayer?
-----	---

Si.....1

No.....2 →

**PASE A
PREG. 314**

PARA EL ENCUESTADOR

La siguiente pregunta indaga el consumo de alimentos de acuerdo al grupo al que pertenecen.

a) Piense en el momento cuando (...) se despertó ayer. Que comió en ese momento. Si comió algo, por favor dígame todo lo que comió. Pregunte nuevamente algo más? (hasta que responda todo lo que haya comido).

b) Luego siga preguntando que comió (...) después. Dígame todo lo que comió durante el día. Pregunte ¿algo más?, hasta que diga "Nada más"

c) Si responde que comió algún plato como sopa o puré con algo más, pregunte qué ingredientes tuvo. Pregunte, algo más? Hasta que diga nada más.

Si el alimento no está en ninguno de los grupos, escriba el nombre en la casilla que dice "otros alimentos". Si el alimento es utilizado como condimento, póngalo en la categoría de "condimentos".

Cuando termina de recordar las respuestas, lea cada uno de los grupos de alimentos en los que NO MARCÓ y registre lo que responda la informante.

No deje ningún grupo de alimentos en blanco

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

Recuerde desde el momento cuando (...) se despertó. (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

313. ¿Que comió (...) todo el día de ayer:	SI	NO	NO SABE
a. Colada espesa de harina de trigo o cebada, pan, arroz, fideos u otro alimento?	1	2	88
b. Colada espesa hecha de granos?	1	2	88
c. Zapallo, zanahoria, pepino, camote (amarillo por dentro)?	1	2	88
d. Papa, yuca, camote blanco, zanahoria blanca?	1	2	88
e. Cualquier vegetal de hojas verdes?	1	2	88
f. Mango maduro, papaya madura?	1	2	88
g. Cualquier otra fruta o vegetal?	1	2	88
h. Hígado, riñón, corazón y otros órganos?	1	2	88
i. Cualquier tipo de carne, de vaca, chanco/cerdo, borrego, chivo, pollo o pato?	1	2	88
j. Huevos?	1	2	88
k. Pescado seco, fresco o mariscos?	1	2	88
l. Cualquier alimento hecho de fréjol, arveja, lenteja, nueces, semillas?	1	2	88
m. Queso, yogurt u otro producto lácteo?	1	2	88
n. Cualquier aceite o grasa, mantequilla o un alimento hecho con estos productos?	1	2	88
o. Cualquier alimento dulce como chocolate, caramelos, dulces, pastas, cakes, galletas de dulce?	1	2	88
p. Condimentos por sabor como ají, ajo especias?	1	2	88
q. Alimentos hechos con aceite de palma, nueces o cocos de palma o pulpa o salsa de palma?	1	2	88
r. Alimentos procesados de sal (compota de sal)?	1	2	88
s. Alimentos procesados de dulce (compotas o jugos)?	1	2	88
t. Escriba los <u>otros alimentos</u> que la entrevistada indica y que no consta en el cuadro:	1	2	88
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____			

CHEQUEE LAS RESPUESTAS DE TODAS LAS CATEGORÍAS.

Si todo es NO pase a pregunta 314

Si al menos una es SI pase a la pregunta 315

314	Señora le voy a volver a preguntar: ¿Comió (...) cualquier alimento sólido, semisólido (colada) o suave, durante el día y/o la noche de ayer?	Si..... 1 → <div>PREGUNTE QUÉ TIPO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES COMIÓ (...) Y REGISTRE EN LA PREGUNTA 313</div> No..... 2 } No sabe/no responde.....88 } <div>PASE A PREG. 316</div>
315	¿Cuántas veces (...) comió el alimento sólido, semisólido o suave que no haya sido líquido durante el día y/o la noche de ayer?	a. Número de veces..... <div><input type="text"/> <input type="text"/></div> No sabe/no responde..... 88

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

316	¿Le agregó AZÚCAR, PANELA O MIEL a algunos de los alimentos ó bebidas que (...) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?	Si.....1 No.....2
317	¿Le agregó SAL a algunos de los alimentos ó bebidas que (...) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?	Si.....1 No.....2
318	¿Tomó (...) algún líquido en biberón, durante el día y/o la noche de ayer?	Si.....1 No.....2 → PASE A PREG. 320
319	¿Cuántos biberones le dio a (...) el día y/o la noche de ayer? ESCRIBA EL NÚMERO DE BIBERONES QUE LE RESPONDA LA MADRE	¿Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
320	¿Cuál de estos líquidos tomó primero (...) regularmente: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL LÍQUIDO QUE DIGA LA MADRE, UNA SOLA ALTERNATIVA	Agua simple?.....1 Leche de fórmula?.....2 Leche entera de funda o en polvo?.....3 Agua aromática?.....4 Otros líquidos: bebidas, jugos naturales gaseosas, bolos, gelatina, fresco solo, tampico, etc.?.....5 Ninguno.....6 PASE A PREG. 322
321	¿A qué edad (...) comenzó a tomarlo? ESCRIBA LA EDAD EN MESES Y/O DÍAS	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> MeSES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div> DÍAS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>
322	Por favor cuénteme ¿recibió (...) al menos dos tomas de leche artificial, leche de vaca, u otra leche animal el día y/o noche de ayer?	Si.....1 No.....2
323	¿Usted está o estaba trabajando como empleado público o privado cuando (...) tenía menos de un año de edad?	Si.....1 No.....2 → PASE A PREG. 400
324	¿En su trabajo respetan o respetaban el permiso de lactancia? (2 horas diarias durante un año)	Si.....1 No.....2 A veces.....3
325	¿En su trabajo respetan o respetaban la licencia de maternidad? (3 meses después del parto)	Si.....1 No.....2 A veces.....3

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y REGISTRE EN PREGUNTAS 400, 401 y 402 EL CÓDIGO PERS, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE

REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO(A)

NÚMERO DE REGISTROS:

A. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
400. Código Pers. del niño/niña	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
401. Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
402. ¿Está vivo (...)?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
403. En la época en la que quedó embarazada de (...), quería Usted:	Tener ese hijo?.....1 → PASE a PREG. 405 Quería esperar mas tiempo?.....2 No quería más hijos?.....3 No quería tener hijos?...4 PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar mas tiempo?.....2 No quería más hijos?.....3 No quería tener hijos?...4 PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar mas tiempo?.....2 No quería más hijos?.....3 No quería tener hijos?...4 PASE a PREG. 405
404. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar para el embarazo de (...)?	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/> No sabe 88		
405. ¿Quería su pareja:	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar más tiempo?2 No quería más hijos?.....3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar más tiempo?.....2 No quería más hijos?.....3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?.....1 Quería esperar más tiempo?.....2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos?..... 4

B. CONTROL PRENATAL

406. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 422	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 422	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 422
407. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? Establecimientos de Salud del MSP... 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS. 2 Seguro Social Campesino 3 Hospital FF.AA/Policia..... 4 Junta de Beneficencia * 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado 8 Partera 9 Otro, cuál?.....10 No recuerda77	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10
408. ¿Durante el embarazo de (...) consumió: texto Hierro?..... 1 Ácido fólico?..... 2 Hierro más ácido fólico?... 3 Ninguno 4 → PASE a PREG. 410	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
409. ¿Con qué frecuencia tomaba los micronutrientes? <i>Cambia texto.</i> Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? _____ 4	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Especifique Solo código 4 </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Especifique Solo código 4 </div>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Especifique Solo código 4 </div>
410. ¿Durante el embarazo le pesaron?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
411. ¿Durante el embarazo le midieron la barriga?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
412. ¿Durante el embarazo le hicieron un examen de VIH?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; display: inline-block;"></div>	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px; display: inline-block;"></div>
413. ¿Durante el embarazo ¿le tomaron la presión?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
414. ¿Durante el embarazo ¿hicieron un examen de sangre?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
415. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de orina?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
416. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de sífilis?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88
417. ¿Durante el embarazo ¿le vacunaron contra el tétanos?	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 419</div>	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 419</div>	Sí 1 No 2 NS/NR..... 88 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 419</div>
418. ¿Cuántas veces le vacunaron contra el tétanos?	Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Cuántos? <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1			2			3		
	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			TERCERO ANTERIOR		
	SI	NO	NS/ NR	SI	NO	NS/ NR	SI	NO	NS/ NR
419. ¿Durante el control del embarazo, recibió consejería o asesoría sobre:									
A. Lactancia materna?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes (hierro, ácido fólico)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Signos de alarma del embarazo (sangrado vaginal, falta de movimiento de bebé, dolor de cabeza/ cadera)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida y el corte oportuno del cordón umbilical?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
420. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Semanas <input type="text"/>			Semanas..... <input type="text"/>			Semanas..... <input type="text"/>		
421. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto?	No. de controles <input type="text"/> PASE a PREG. 423			No. de controles <input type="text"/> PASE a PREG. 423			No. de controles <input type="text"/> PASE a PREG. 423		
422. Antes de este embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño/a de convulsiones después de nacer)?	Si..... 1 No 2 No Responde 88			Si..... 1 No 2 No Responde 88			Si..... 1 No 2 No Responde 88		

C. ATENCIÓN DEL PARTO

423. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)? Establecimientos de Salud del MSP... 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS... 2 Seguro Social Campesino 3 Hospital FF.AA/ Policía..... 4 Junta de Beneficencia*..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/consultorio privado..... 8 En casa 9 Otro, cuál?..... 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10	<input type="text"/> Código Especifique Solo código 10
424. ¿Qué persona ó profesional le atendió? Médico..... 1 Obstetriz..... 2 Enfermera..... 3 Aux. Enfermería..... 4 Comadrona o partera..... 5 Familiar..... 6 Usted misma..... 7 Otro, cuál?..... 8 No sabe..... 88	Médico..... 1 Obstetriz..... 2 Enfermera..... 3 Aux. Enfermería..... 4 Comadrona o partera..... 5 Familiar..... 6 Usted misma..... 7 Otro, cuál?..... 8 No sabe..... 88	Médico..... 1 Obstetriz..... 2 Enfermera..... 3 Aux. Enfermería..... 4 Comadrona o partera..... 5 Familiar..... 6 Usted misma..... 7 Otro, cuál?..... 8 No sabe..... 88	Médico..... 1 Obstetriz..... 2 Enfermera..... 3 Aux. Enfermería..... 4 Comadrona o partera..... 5 Familiar..... 6 Usted misma..... 7 Otro, cuál?..... 8 No sabe..... 88
425. El parto de (...) fue: Normal (vaginal)..... 1 Cesárea..... 2	Normal (vaginal)..... 1 Cesárea..... 2	Normal (vaginal)..... 1 Cesárea..... 2	Normal (vaginal)..... 1 Cesárea..... 2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
D. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
426. ¿El nacimiento de (...) fue a los 9 meses o antes de tiempo (premature, sietemesino o posmaduro)?	A tiempo 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro 2 Posmaduro 3 No sabe 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro 2 Posmaduro 3 No sabe 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro 2 Posmaduro 3 No sabe 88 → PASE a PREG. 428
427. ¿Cuántas semanas antes o después de lo esperado nació (...)?	Semanas <input type="text"/> No recuerda 77	Semanas <input type="text"/> No recuerda 77	Semanas <input type="text"/> No recuerda 77
428. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
429. ¿Le Realizaron a (...) La prueba del Tamizaje Neonatal (pinchada del talón al cuarto día de nacido)?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
430. ¿Le bañaron a (...) antes de cumplir 24 horas de su nacimiento?	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88
431. ¿Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical?	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88
432. ¿Tiene usted el carné de salud infantil o libreta integral de (...)?	Si 1 No 2 Si le entregaron, pero se perdió... 3 → PASE a PREG. 437	Si 1 No 2 Si le entregaron, pero se perdió... 3 → PASE a PREG. 437	Si 1 No 2 Si le entregaron, pero se perdió... 3 → PASE a PREG. 437
Encuestador/a: solicite el carne del nacido vivo o libreta de atención integral y transcriba el dato, Preg. 433 a 436			
433. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO:	Si 1 → <input type="text"/> ¿Cuántos? No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> ¿Cuántos? No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> ¿Cuántos? No 2 → Sig. Item
434. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA: TALLA AL NACER	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item
435. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item	Si 1 → <input type="text"/> cm No 2 → Sig. Item
436. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA: PESO AL NACER	Si 1 → <input type="text"/> gramos ↓ Pase a preg. 439 No 2	Si 1 → <input type="text"/> gramos ↓ Pase a preg. 439 No 2	Si 1 → <input type="text"/> gramos ↓ Pase a preg. 439 No 2

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
437. ¿Cuánto pesó (...)?	1 Libras Onzas } 2 Kilos Gramos } 3 Gramos } No sabe.....88	1 Libras Onzas } 2 Kilos Gramos } 3 Gramos } No sabe.....88	1 Libras Onzas } 2 Kilos Gramos } 3 Gramos } No sabe.....88
438. ¿(...) Peso menos de 5.5 Libras, 2.5 Kilogramos o 2500 gramos?	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88
439. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88
E. CONTROL POST PARTO			
440. ¿Tuvo usted algún control después del parto de (...)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443
441. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	Días1 Semanas2 Meses3	Días1 Semanas2 Meses3	Días1 Semanas2 Meses3
442. ¿Dónde tuvo el control de post parto?	Establecimientos de Salud del MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino 3 Hospital FF.AA/Policia..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado 8 Partera 9 Otro, cuál?..... 10 No recuerda 77	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10
443. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) le volvió su regla ?	Meses..... En el mismo mes..... 62 No le ha vuelto aún 63	Meses..... En el mismo mes..... 62 No le ha vuelto aún 63	Meses..... En el mismo mes..... 62 No le ha vuelto aún 63
444. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) volvió a tener relaciones sexuales ?	Meses..... En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR

F. CONTROL DEL NIÑO

445. ¿(...) fue inscrito en el Registro Civil?	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88	Si 1 No 2 No sabe 88
446. ¿Está vivo (...)?	Si 1 → PASE a PREG. 448 No 2	Si 1 → PASE a PREG. 448 No 2	Si 1 → PASE a PREG. 448 No 2
447. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
448. ¿Después de que nació (...), le llevó para control médico?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 454	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 454	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 454
449. ¿Qué tiempo después de nacido (...), le llevó al control médico por primera vez?	Días 1 Semanas 2 Meses 3 No recuerda 77	Días 1 Semanas 2 Meses 3 No recuerda 77	Días 1 Semanas 2 Meses 3 No recuerda 77
450. ¿Porqué o para qué le llevó a (...):	¿Estaba enfermo? 1 ¿Para control niño sano? 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? 1 ¿Para control niño sano? 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? 1 ¿Para control niño sano? 2 No recuerda 77
451. ¿Después de su nacimiento a cuántos <u>controles del niño sano</u> llevó a (...), cuando tenía:	¿De 0 a menos de 1 año? 1 ¿De 1 año a menos de 2 años? 2 ¿De 2 años a menos de 5 años? 3	Nro. Controles	

451a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
1	1	2				9	1	2			
2	1	2				10	1	2			
3	1	2				11	1	2			
4	1	2				12	1	2			
5	1	2				13	1	2			
6	1	2				14	1	2			
7	1	2				15	1	2			
8	1	2				16	1	2			

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

451 a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
17	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	21	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	22	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	23	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	24	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR

452. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevó a (...)? Establecimientos de salud MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino 3 Hospital FF.AA/Policia..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado 8 Partera 9 Otro, cuál?.....10 No recuerda77	<div style="text-align: center;"><input type="text"/> Código</div> <div style="text-align: center;">_____ Especifique Solo código 10</div>			<div style="text-align: center;"><input type="text"/> Código</div> <div style="text-align: center;">_____ Especifique Solo código 10</div>			<div style="text-align: center;"><input type="text"/> Código</div> <div style="text-align: center;">_____ Especifique Solo código 10</div>		
453. ¿Durante el control del niño, recibió consejería/asesoría sobre:	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
A. Lactancia materna? <i>incremento signo solo texto</i>	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Alimentación complementaria?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Desarrollo del niño?	1	2	88	1	2	88	1	2	88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
454. ¿Hasta que edad le dio el seno (leche materna) a (...)?	Años..... 1 <input type="text"/> Meses..... 2 <input type="text"/> Días..... 3 <input type="text"/> Todavía le da..... 4 <input type="text"/> No recuerda..... 77 <input type="text"/> <i>Cambio códigos</i>	Años..... 1 <input type="text"/> Meses..... 2 <input type="text"/> Días..... 3 <input type="text"/> Todavía le da..... 4 <input type="text"/> No recuerda..... 77 <input type="text"/>	Años..... 1 <input type="text"/> Meses..... 2 <input type="text"/> Días..... 3 <input type="text"/> Todavía le da..... 4 <input type="text"/> No recuerda..... 77 <input type="text"/>
455. SEÑOR ENCUESTADOR: VEA PREGUNTA 403 ¿Está vivo?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Siguiente niño	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Siguiente niño	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Pase a preg. 500
456. ¿Vive (...), con usted actualmente?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Siguiente niño	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Siguiente niño	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> Pase a preg. 500
G. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)			
457. ¿Ha tenido diarrea (...) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/> Pase a preg. 473 No sabe..... 88 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/> Pase a preg. 473 No sabe..... 88 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/> Pase a preg. 473 No sabe..... 88 <input type="text"/>
458. ¿Cuántos días le dura/ó (...) la diarrea?	Días..... <input type="text"/> Menos de un día = 00	Días..... <input type="text"/> Menos de un día = 00	Días..... <input type="text"/> Menos de un día = 00
459. ¿Todavía (...) tiene diarrea?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>
460. Mientras (...) tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿cuántas veces fueron?	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe/ NR..... 88 <input type="text"/>	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe/ NR..... 88 <input type="text"/>	N° de veces..... <input type="text"/> No sabe/ NR..... 88 <input type="text"/>
461. ¿La diarrea tenía sangre?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 <input type="text"/>
462. En los días que tuvo diarrea (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI NO NO SABE/ NR 1 2 88	SI NO NO SABE/ NR 1 2 88	SI NO NO SABE/ NR 1 2 88
A. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablar	1 2 88	1 2 88	1 2 88
B. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed	1 2 88 PASE a E	1 2 88 PASE a E	1 2 88 PASE a E
C. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos.	1 2 88	1 2 88	1 2 88
D. Le ofrecía líquidos de beber y no bebía nada?	1 2 88	1 2 88	1 2 88
E. Tenía los ojos hundidos?	1 2 88	1 2 88	1 2 88
463. ¿Hizo algo para aliviarle?	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> PASE a PREG. 468	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> PASE a PREG. 468	Si..... 1 <input type="text"/> No..... 2 → <input type="text"/> PASE a PREG. 468

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1			2			3		
	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			TERCERO ANTERIOR		
	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR
464. Para el tratamiento de la diarrea de (...), ¿Le dio: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)									
A. Purgantes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Medicinas de plantas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Suero casero?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Otros remedios caseros?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Sales de rehidratación o suero oral?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Le pusieron suero en las venas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. Antidiarreicos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
I. Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
J. Recibió otros tratamientos, cuál?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
	↳ Especifique			↳ Especifique			↳ Especifique		
G. Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimetropin-sulfa, cefalosporina, etc H. Antidiarreicos: Kaopectate, Caolinpectina, imodium, etc. * otros: 6-copin, enterogermina, floratil, sal-andrews, etc									
465. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (...)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468			Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468			Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468		
466. ¿Dónde o a quién consulto primero? Establecimientos de salud del MSP 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino 3 Hospital FF.AA / Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado8 Curandero..... 9 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; height: 50px;"></div> <div style="width: 50px; height: 50px;"></div> </div> Código Especifique Solo código 11			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; height: 50px;"></div> <div style="width: 50px; height: 50px;"></div> </div> Código Especifique Solo código 11			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; height: 50px;"></div> <div style="width: 50px; height: 50px;"></div> </div> Código Especifique Solo código 11		
467. ENCUESTADOR/A VEA la preg. 464 y verifique si una de las alternativas de respuesta fue código 1. Si es así pase a la preg. 469	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2			Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2			Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
468. ¿Por qué no hizo nada para aliviarle? No lo considero necesario..... 1 Demasiado lejos..... 2 Servicios malos..... 3 Por descuido..... 4 Falta de dinero..... 5 Demasiado ocupada..... 6 Falta de transporte..... 7 Nadie podía cuidar a los hijos. 8 Marido/parientes no le permitieron..... 9 Otro, cuál?.....10 No sabe/ no responde.....88	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Código</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Especifique Solo código 10</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Código</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Especifique Solo código 10</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Código</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">Especifique Solo código 10</div>
469. ¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	Si..... 1 No..... 2	Si1 No2	Si1 No.....2
470. Durante la diarrea, ¿le dió de tomar:	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR.....88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR.....88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR.....88
471. Durante la diarrea, ¿cambio el tipo de dieta?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88
472. Durante la diarrea, ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La aumento? 1 La disminuyó? 2 La mantuvo igual? 3 Todavía no come? 4 No sabe..... 88	La aumento? 1 La disminuyó? 2 La mantuvo igual? 3 Todavía no come? 4 No sabe..... 88	La aumento? 1 La disminuyó? 2 La mantuvo igual? 3 Todavía no come? 4 No sabe..... 88
H. INFECCIÓN RESPIRATORIO AGUDA (IRA)			
473. ¿En las últimas dos semanas ha tenido (...),tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre y/o gripe (incluyendo este día)?	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 482</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 482</div>	Si..... 1 No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 482</div>
474. ¿Cuántos días estuvo enfermo?	N° de días Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 478</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 478</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días Menos de un día /comenzó hoy =00 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 478</div> Mas de un mes = 66 No sabe = 88

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1			2			3		
	ÚLTIMO NACIDO VIVO			PENÚLTIMO NACIDO VIVO			TERCERO ANTERIOR		
475. ¿Todavía tiene esta enfermedad?	Si 1 No 2			Si 1 No 2			Si 1 No 2		
476. (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR
A. ¿Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dieron ataques?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Vomitaba todo?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Se le hundía el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Hacia ruido al respirar?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. ¿Le silbaba o le roncaba el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
477. Durante esta enfermedad: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR
A. ¿Le puso gotas de agua tibia (de manzanilla u otras) en la nariz?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dio algún descongestionante?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Le dio antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Le dio algo más, qué?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
Especifique	Especifique			Especifique			Especifique		
478. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 481			Si 1 No 2 → PASE a PREG. 481			Si 1 No 2 → PASE a PREG. 481		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
479. ¿Dónde o a quien consultó primero? Establecimientos de Salud del MSP.... 1 Hospital/Clinica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino3 Hospital FF.AA/ Policía.....4 Junta de Beneficencia *.....5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado 8 Curandero..... 9 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código
	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11	Especifique Solo código 11
480. ENCUESTADOR/A VEA en PREG. 477. Si marcó al menos un código "1"	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2
481. ¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)? No lo consideró necesario / no era grave..... 1 No tenía remedio(s) para darle.... 2 No tuvo tiempo / demasiado ocupada..... 3 Mala atención..... 4 Servicios malos 5 Por descuido..... 6 Falta de dinero..... 7 Por la distancia / falta de transporte 8 Nadie podía cuidar los niños..... 9 Otro, cuál?10 No sabe/no responde.....88	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Código
	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10	Especifique Solo código 10
I. DESPARASITACIÓN Y MICRONUTRIENTES			
482. ¿Le dio a (...) algún desparasitante durante los últimos 6 meses?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
483. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud, hierro en polvo como micronutrientes (chispas) para prevenir la anemia?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 485	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 485	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 485

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
484. ¿Qué cantidad de sobres recibió? ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días?	Cantidad de sobres recibidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuántos días? <input type="text"/> <input type="text"/> SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88	Cantidad de sobres recibidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuántos días? <input type="text"/> <input type="text"/> SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88	Cantidad de sobres recibidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Cuántos días? <input type="text"/> <input type="text"/> SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88
485. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud hierro en alguna otra presentación para prevenir la anemia?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 486	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 486	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 486
485a. ¿En que presentación? <i>Nombre de presentación</i>	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2
485b. ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días? <i>pregunta número</i>	días <input type="text"/>	días <input type="text"/>	días <input type="text"/>
486. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal salud Vitamina A?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A:

TRASLADAR CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ O LIBRETA INTEGRAL DE SALUD ANOTADA PARA CADA VACUNA Y DOSIS: LA QUE ESTÁ ESCRITA CON ESFEROGRÁFICO ES LA QUE DEBE REGISTRAR COMO POSITIVA "SI", LA FECHA QUE ESTÁ CON LÁPIZ ES LA PRÓXIMA CITA, NO LA REGISTRE.

487. CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: ¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)? COMPLETE LOS DATOS, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS EN LAS COLUMNAS SEGÚN MADRE.

NOMBRE DE LA VACUNA	1									2									3								
	ÚLTIMO NACIDO VIVO									PENÚLTIMO NACIDO VIVO									TERCERO ANTERIOR								
	A. ¿Según carné, tiene dosis?					B. ¿Según madre, tiene dosis?				A. ¿Según carné, tiene dosis?					B. ¿Según madre, tiene dosis?				A. ¿Según carné, tiene dosis?					B. ¿Según madre, tiene dosis?			
	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S		Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S		Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S	
BCG <i>- se refirió a vacunación</i>	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
HEPATITIS B	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
ROTAVIRUS 1	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
ROTAVIRUS 2	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
PENTAVALENTE 1	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
PENTAVALENTE 2	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
PENTAVALENTE 3	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
IPV 1	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
OPV 2	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
OPV 3	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
NEUMOCOCO CJ 1	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
NEUMOCOCO CJ 2	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
NEUMOCOCO CJ 3	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
SRP 1	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	
SRP 2	1	2				1	2	88		1	2				1	2	88		1	2				1	2	88	

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A: REVISE LA PREGUNTA 487 Y SI EL NIÑO/A RECIBIÓ LA DOSIS DE ALGUNA VACUNA (DEL CARNET O MADRE), PREGUNTE EN QUE ESTABLECIMIENTO DE SALUD LE VACUNARON; CASO CONTRARIO SI AÚN NO LA RECIBE ASIGNE EL CÓDIGO 99 Y CONTÍNUÉ CON LA SIGUIENTE VACUNA :

487 A. (...) Recibió la (VACUNA) en el:

Se incrementa toda esta pregunta

	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
NOMBRE DE LA VACUNA	Establecimientos de salud del MSP....1	Establecimientos de salud del MSP....1	Establecimientos de salud del MSP....1
	Hospital de Especialidades del IESS. 2	Hospital de Especialidades del IESS. 2	Hospital de Especialidades del IESS. 2
	Centro Clínico Quirúrgico	Centro Clínico Quirúrgico	Centro Clínico Quirúrgico
	Ambulatorio IESS..... 3	Ambulatorio IESS..... 3	Ambulatorio IESS..... 3
	Dispensario Seguro Campesino..... 4	Dispensario Seguro Campesino..... 4	Dispensario Seguro Campesino..... 4
	Hospital/Policlínico - FFAA/	Hospital/Policlínico - FFAA/	Hospital/Policlínico - FFAA/
	Policía..... 5	Policía..... 5	Policía..... 5
	Hospital/Clinica Privada 6	Hospital/Clinica Privada 6	Hospital/Clinica Privada 6
	Consultorio particular..... 7	Consultorio particular..... 7	Consultorio particular..... 7
	Junta de Beneficencia* 8	Junta de Beneficencia* 8	Junta de Beneficencia* 8
Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9	Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9	Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9	
Fundación / ONG**..... 10	Fundación / ONG**..... 10	Fundación / ONG**..... 10	
Otro, cuál?..... 13	Otro, cuál?..... 13	Otro, cuál?..... 13	
<i>Especifique</i>	<i>Especifique</i>	<i>Especifique</i>	
No sabe/ no responde..... 88	No sabe/ no responde..... 88	No sabe/ no responde..... 88	
Aún no la recibe.....99	Aún no la recibe.....99	Aún no la recibe.....99	
BCG			
HEPATITIS B			
ROTAVIRUS 1			
ROTAVIRUS 2			
PENTAVALENTE 1			
PENTAVALENTE 2			
PENTAVALENTE 3			
IPV 1			
OPV 2			
OPV 3			
NEUMOCOCO CJ 1			
NEUMOCOCO CJ 2			
NEUMOCOCO CJ 3			
SRP 1			
SRP 2			

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

500	ENCUESTADOR/A: LA FECHA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO/A NACIDO/A VIVO/A (VEA EN PREG. 218 SECCIÓN II) ES A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 520
501	ENCUESTADOR/A: VEA LA PREGUNTA 423 Y REGISTRE EL ESTABLECIMIENTO DÓNDE DIO A LUZ A SU ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO/A.	Establecimiento de Salud MSP 1 Hospital de Especialidades del IESS 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS 3 Dispensario Seguro Campesino 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía 5 Hospital/Clinica Privada 6 Junta de Beneficencia* 7 Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud 8 Fundación / ONG** 9 En casa 10 → PASE a PREG. 508 Otra, cuál? 11 → PASE a PREG. 516 <div style="text-align: right; font-size: small;">Especifique</div>
502	¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud? <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 10px;">(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center; font-size: small;">NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.</div>	Factores económicos 1 Confianza en el personal del establecimiento 2 Atención buena, personal pendiente 3 Por emergencia 4 Establecimiento estaba cerca 5 Más seguro en caso de complicación 6 Personal capacitado, profesional 7 Es afiliada o cubierta 8 Tiene seguro privado 9 Otro, cuál? 10 <div style="text-align: right; font-size: small;">Especifique</div>
503	¿Durante el parto le hicieron un examen de VIH?	Sí 1 No 2 No sabe/ no responde 88

Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto normal, cesárea o aborto en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.

504. ¿Cómo le pareció a usted:	Parto normal o cesárea (ver pregunta 425)				Aborto (ver pregunta 216)			
	Buena	Regular	Mala	NS/NR	Buena	Regular	Mala	NS/NR
a. El trato que recibió del personal de salud que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
b. La experiencia/conocimiento de la persona que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
c. La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	1	2	3	88	1	2	3	88
d. La privacidad durante su atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
e. La comodidad del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
f. El tiempo que tardaron en atenderla?	1	2	3	88	1	2	3	88
g. El horario de atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
h. La limpieza/aseo del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
i. La ropa/vestimenta utilizada en el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88
j. La información que le dio el personal de salud sobre su salud o la de su bebé?	1	2	3	88	1	2	3	88
k. El respeto a su cultura y costumbres relacionadas con el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

505	<p>Cuando usted fue atendida, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto dentro o fuera del establecimiento de salud?</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)</p>	<p>Sí 1</p> <p>No tuve que pagar, pero compre medicamentos, pañales, otros insumos, etc. 2</p> <p>No pagó nada..... 3</p> <p>No sabe/ no responde..... 88</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 507</div>
506	<p>¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe/ no responde..... 88</p>
507	<p>Cuando usted dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida:</p>	<p>Mucho tiempo? 1</p> <p>Ni mucho, ni poco tiempo? 2</p> <p>Poco tiempo? 3</p> <p>Le atendieron inmediatamente? 4</p> <p>No sabe/ no responde 88</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 511</div>
508	<p>¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en la casa?</p> <p style="margin-top: 10px;">(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.</div>	<p>Por cultura/costumbre 1</p> <p>Factores económicos 2</p> <p>Establecimiento queda lejos 3</p> <p>No confía en el establecimiento 4</p> <p>Falta de transporte 5</p> <p>No tuvo tiempo para llegar al establecimiento..... 6</p> <p>Más seguridad, confianza en la casa 7</p> <p>Otra, cuál? 8</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;"><i>Especifique</i></p>
509	<p>Cuando dio a luz a (...) en la casa, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe/ no responde 88</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 511</div>
510	<p>¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe/ no responde 88</p>
511	<p>¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (...) en el establecimiento de salud o en la casa?</p> <p style="margin-top: 10px;">(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)</p> <p style="margin-top: 10px;">No lea, espere la respuesta espontánea</p>	<p>Nadie/costumbre..... 1</p> <p>Usted..... 2</p> <p>Esposo/conviviente/pareja..... 3</p> <p>Juntos (usted con su esposo/conviviente/ pareja)..... 4</p> <p>Madre/padre..... 5</p> <p>Suegra/suegro..... 6</p> <p>Otro familiar..... 7</p> <p>Personal de salud (Médico/enfermera/obstetriz)..... 8</p> <p>Partera/comadrona..... 9</p> <p>Otros prestadores tradicionales (yachac/ shaman/curandero, etc)..... 10</p> <p>Otro, cuál? 11</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe/ no responde..... 88</p>

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

512	¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?	<div style="margin-bottom: 5px;">Casa 1</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Establecimiento de Salud 2</div> <div style="margin-bottom: 5px;">No sabe/ no responde 88</div>
-----	--	--

513	<p>A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.</p> <p>Durante el embarazo de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:</p>
-----	---

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. Hinchazón de manos, pies o cara?	1	2	88
b. Desmayos?	1	2	88
c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	1	2	88
d. Convulsiones?	1	2	88
e. Dolores fuertes de barriga?	1	2	88
f. Mareos/Náusea/Vómitos?	1	2	88
g. Fiebre?	1	2	88
h. Preclampsia/Eclampsia? (Producida por la presión arterial alta)	1	2	88
i. Infección de vías urinarias?	1	2	88
j. Sangrado/Hemorragia?	1	2	88
k. Otro, cuál? _____	1		

514	Encuestador/a: Si en la pregunta 513 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente	<div style="margin-bottom: 10px;">Si 1</div> <div style="margin-bottom: 10px;">No 2 →</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin-left: auto;"> PASE A PREG.516 </div>
-----	---	---

515	¿A quién o a dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones durante el embarazo?	<div style="margin-bottom: 5px;">Establecimiento de Salud o personal de salud (fuera o dentro de casa) 1</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Farmacia/botica 2</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Se quedó en casa/remedios caseros 3</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Personal tradicional (partera, yachac, shaman/limpiador/curandero) 4</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Otro, ¿cuál? _____ 5 Especifique</div> <div style="margin-bottom: 5px;">No sabe/ no responde 88</div>
-----	--	---

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

- 516 A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.
En el parto de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2	88
b. Tuvo dolores/contracciones?	1	2	88
c. Se rompió el agua de fuente un día antes del parto?	1	2	88
d. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2	88
e. Cadera estrecha?	1	2	88
f. Sangrado abundante?	1	2	88
g. Infección generalizada/ sepsis?	1	2	88
h. El bebé respiró o lloró al nacer? <i>Cambiar texto.</i>	1	2	88
i. Parto gemelar o múltiple (dos o más)?	1	2	88
j. El bebé se movía? <i>Cambiar texto.</i>	1	2	88
k. El bebé se tomó el agua de fuente?	1	2	88
l. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	1	2	88
m. Otro, cuál?	1		

ENCUESTADOR/A: Vea PREGUNTA 501, EL PARTO FUE:

Institucional 1 → PASE a PREG. 517
En la casa 2 } PASE a PREG. 522
En otro lugar 3

se eliminó la alternativa de aquí

517	¿Recibió consejería o asesoría de los signos de alarma como sangrado vaginal, fiebre alta después del parto?	Si 1 No 2
518	¿Recibió consejería o asesoría en métodos anticonceptivos antes de salir del establecimiento de salud?	Si 1 No 2 → PASE A PREG. 522
519	¿Se decidió por algún método anticonceptivo?	Si 1 No 2 → PASE A PREG. 522
520	¿Por cuál método se decidió?	Esterilización femenina o ligadura 1 Implante (Implanon, Jadelle) 2 Inyección anticonceptiva 3 Pastillas anticonceptivas 4 Diu/T de cobre 5 Condón <i>femenino/masculino</i> 6 Otro, ¿cuál? 7 NS/NR 88
521	¿Le realizaron o entregaron el método anticonceptivo por el cual se decidió, antes de salir del establecimiento de Salud?	Si 1 No 2

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

522	Encuestador/a: Si en la pregunta 516 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente	Si.....1 No.....2 → PASE A PREG.524
523	¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones del parto?	Establecimiento de Salud o personal de salud..... 1 Farmacia/botica 2 Se quedó en casa/remedios caseros..... 3 Personal tradicional (partera, yachac, shaman/limpiador/curandero) 4 Otro, ¿cuál? _____ Especifique 5 No sabe/ no responde 88

SALUD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 49 AÑOS

524	Ahora, hablando de su salud, ¿Alguna vez durante toda su vida le han vacunado contra el tétanos?	Sí 1 No 2 No sabe/ no responde 88 } PASE a PREG. 526
525	¿Cuántas dosis de vacunas antitetánicas le han puesto?	Una 1 Dos 2 Más de dos 3 No sabe/ no responde 88
526	¿Ha recibido información sobre el cáncer de útero (matriz)?	Sí 1 No 2 No sabe/ no responde 88
527	¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 532 No sabe/ no responde 88 → PASE a PREG. 533
528	¿Conoció el resultado de ese examen?	Sí 1 No 2
529	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó el examen de Papanicolaou? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; background-color: #e0ffe0;">ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</div> <div style="margin-top: 5px; color: blue; font-style: italic;"> 1 acretar recordarlo </div>	Días Semanas..... Meses Años No recuerda 77 - código

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

530	¿Cada qué tiempo se hace el examen de Papanicolau:	<p>Es la primera vez?..... 1</p> <p>Cada año? 2</p> <p>Cada dos años? 3</p> <p>Cada tres años? 4</p> <p>Cada cuatro años? 5</p> <p>Cada cinco años? 6</p> <p>Cada seis o más años? 7</p> <p>Otra, ¿cuál?..... 8</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <p>No recuerda 77 <i>codigo</i></p>
531	¿Dónde se hizo el examen de Papanicolau?	<p>Establecimiento de Salud MSP 1</p> <p>Hospital de Especialidades del IESS 2</p> <p>Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3</p> <p>Dispensario Seguro Campesino..... 4</p> <p>Hospital/Policlínico - FFAA/Policia..... 5</p> <p>Hospital/Clinica Privada 6</p> <p>Junta de Beneficencia* 7</p> <p>Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud... 8</p> <p>Fundación / ONG** 9</p> <p>Otra, cuál?..... 10</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; float: right;"> PASE a PREG. 533 </div>
532	¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen de Papanicolau?	<p>Falta de Información..... 1</p> <p>No lo considera necesario..... 2</p> <p>El establecimiento de salud queda lejos..... 3</p> <p>Por pena o vergüenza..... 4</p> <p>Falta de dinero..... 5</p> <p>No tiene con quien dejar a los niños(as)..... 6</p> <p>Su pareja se opone..... 7</p> <p>Por miedo/temor..... 8</p> <p>Otro, ¿cuál? 9</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p> <p>No Sabe/ no responde 88</p>
533	¿Ha oído hablar del cáncer de mama (del seno o de los pechos)?	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>
534	¿Alguna vez alguien del personal de salud le ha examinado los pechos o senos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No recuerda 77 <i>codigo</i></p>
535	¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos o senos usted sola (el autoexamen)?	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>
536	¿Se ha realizado alguna vez una mamografía, radiografía o ecografía de los pechos o senos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No recuerda 77 <i>codigo</i></p>

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A, LÉALE A LA ENTREVISTADA: Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada. LEA LA PREGUNTA 600 SIN LAS CATEGORÍAS Y MARQUE LAS QUE LA INFORMANTE MENCIONE, LUEGO, LEA LA PREGUNTA 601 INCLUYENDO LAS CATEGORÍAS EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 602 Y 603, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS SEÑALADOS.

MÉTODO	600: ¿Qué métodos de Planificación Familiar o métodos para no tener hijos conoce usted?	601: ¿Conoce o ha oído hablar de (...)?		602: ¿Alguna vez ha usado (...)?		603: ¿Usa actualmente?	
	NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA	(LEA, LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONO ESPONTÁNEAMENTE)		(SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		(ÚLTIMOS 30 DÍAS)	
	SÍ ESPONTÁNEO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. Esterilización masculina o vasectomía?	1	1	2	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura?	1	1	2	1	2	1	2
3. Implante (Implanon, Jadelle)?	1	1	2	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
5. Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre?	1	1	2	1	2	1	2
6. Píldora o pastilla anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
7. Condón o preservativo femenino?	1	1	2	1	2	1	2
8. Condón o preservativo masculino?	1	1	2	1	2	1	2
9. Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)?	1	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)?	1	1	2	1	2	1	2
11. Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)?	1	1	2	1	2	1	2
12. Método de lactancia exclusiva – MELA?	1	1	2	1	2	1	2
13. Otro, ¿cuál? (Especifique)	1			1	2	1	2

ENCUESTADOR/A: Si en la pregunta 602-2 la mujer indica que ha usado esterilización femenina (código 1) circular también código 1 en la pregunta 603 (uso actual)

604	<p>ENCUESTADOR/A: VEA PREGUNTAS 602 Y 603 Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE</p> <p>LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE 1 PASE A PREG. 620</p> <p>LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS 2 PASE A PREG. 610</p> <p>LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE 3 PASE A PREG. 605</p>																														
605	<p>¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Esterilización masculina o vasectomía.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Esterilización femenina o ligadura</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Implante (Implanon, Jadelle).....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Inyección anticonceptiva.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Píldora o pastilla anticonceptiva.....</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Condón o preservativo femenino.....</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Condón o preservativo masculino.....</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Método de lactancia exclusiva – MELA.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(Especifique)</td></tr> <tr><td>No sabe/ no responde.....</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> </table>	Esterilización masculina o vasectomía.....	1	Esterilización femenina o ligadura	2	Implante (Implanon, Jadelle).....	3	Inyección anticonceptiva.....	4	Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5	Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6	Condón o preservativo femenino.....	7	Condón o preservativo masculino.....	8	Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9	Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....	10	Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11	Método de lactancia exclusiva – MELA.....	12	Otro, ¿cuál?	13	(Especifique)		No sabe/ no responde.....	88
Esterilización masculina o vasectomía.....	1																														
Esterilización femenina o ligadura	2																														
Implante (Implanon, Jadelle).....	3																														
Inyección anticonceptiva.....	4																														
Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5																														
Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6																														
Condón o preservativo femenino.....	7																														
Condón o preservativo masculino.....	8																														
Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9																														
Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....	10																														
Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11																														
Método de lactancia exclusiva – MELA.....	12																														
Otro, ¿cuál?	13																														
(Especifique)																															
No sabe/ no responde.....	88																														

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

606	<p>¿Cuál fue el primer método que usted usó?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</div>	<p>Esterilización masculina o vasectomía..... 1</p> <p>Esterilización femenina o ligadura..... 2</p> <p>Implante (Implanon, Jadelle)..... 3</p> <p>Inyección anticonceptiva..... 4</p> <p>Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5</p> <p>Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6</p> <p>Condón o preservativo femenino..... 7</p> <p>Condón o preservativo masculino..... 8</p> <p>Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9</p> <p>Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10</p> <p>Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11</p> <p>Método de lactancia exclusiva - MELA..... 12</p> <p>Otro, cuál? _____ 13</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> <p>No sabe/ no responde..... 88</p>
607	<p>¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?</p>	<p>Edad en años </p> <p>No recuerda..... 77 -incrementa categoría</p>
608	<p>Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?</p>	<p>No. de hijos/hijas nacidos vivos </p> <p>(SI NO TENÍA ANOTE 00)</p>
609	<p>¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:</p>	<p>Ambos (usted y su pareja)? 1</p> <p>Sólo usted? 2</p> <p>Sólo su pareja? 3</p> <p>Otra persona? 4</p>
610	<p>ENCUESTADOR/A: VEA EN PREG. 200, SECCIÓN II SI ESTA EMBARAZADA</p>	<p>Embarazada 1 → PASE a PREG. 615</p> <p>No embarazada 2</p> <p>No sabe 88</p>
611	<p>¿Cree usted que puede quedar embarazada?</p>	<p>Sí 1 → PASE a PREG. 613</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 3 → PASE a PREG. 613</p>
612	<p>¿Cuál es la razón principal por la que cree que no puede quedar embarazada?</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos 1</p> <p>Menopausia 2</p> <p>Ya pasaron 2 años o más de querer embarazarse sin resultado..... 3</p> <p>Sin vida sexual 4</p> <p>Amamantamiento 5</p> <p>Otro, ¿cuál? _____ 6</p> <p style="text-align: center;"><i>Especifique</i></p> </div> <div style="width: 15%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> PASE a PREG. 700 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> PASE a PREG. 615 </div> </div> </div>

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

613	<p>¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos/as actualmente:</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Desea embarazo?.....</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="width: 10%; vertical-align: middle; text-align: center;">} PASE a PREG. 615</td> </tr> <tr> <td>Postparto o Amamantamiento?.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Sin vida sexual?.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Por la edad?.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} PASE a PREG. 700</td> </tr> <tr> <td>No le gusta?.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Miedo a efectos colaterales?.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tuvo efectos colaterales?.....</td> <td style="text-align: right;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>La pareja se opone?.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por pena o vergüenza?.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por motivos económicos?.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No conoce/No tiene información sobre Métodos anticonceptivos?.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razones religiosas?.....</td> <td style="text-align: right;">12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: right;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Especifique</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe/No responde</td> <td style="text-align: right;">88</td> <td></td> </tr> </table>	Desea embarazo?.....	1	} PASE a PREG. 615	Postparto o Amamantamiento?.....	2	Sin vida sexual?.....	3	Por la edad?.....	4	} PASE a PREG. 700	No le gusta?.....	5	Miedo a efectos colaterales?.....	6		Tuvo efectos colaterales?.....	7		La pareja se opone?.....	8		Por pena o vergüenza?.....	9		Por motivos económicos?.....	10		No conoce/No tiene información sobre Métodos anticonceptivos?.....	11		Razones religiosas?.....	12		Otro, ¿cuál? _____	13		Especifique			No sabe/No responde	88	
Desea embarazo?.....	1	} PASE a PREG. 615																																										
Postparto o Amamantamiento?.....	2																																											
Sin vida sexual?.....	3																																											
Por la edad?.....	4	} PASE a PREG. 700																																										
No le gusta?.....	5																																											
Miedo a efectos colaterales?.....	6																																											
Tuvo efectos colaterales?.....	7																																											
La pareja se opone?.....	8																																											
Por pena o vergüenza?.....	9																																											
Por motivos económicos?.....	10																																											
No conoce/No tiene información sobre Métodos anticonceptivos?.....	11																																											
Razones religiosas?.....	12																																											
Otro, ¿cuál? _____	13																																											
Especifique																																												
No sabe/No responde	88																																											
614	<p>¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos/as actualmente?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="width: 10%; vertical-align: middle; text-align: center;">} PASE a PREG. 616</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No sabe/ no responde</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE a PREG. 616	No	2	No sabe/ no responde	88																																			
Sí	1	} PASE a PREG. 616																																										
No	2																																											
No sabe/ no responde	88																																											
615	<p>En el futuro ¿le gustaría usar algún método?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="width: 10%; vertical-align: middle; text-align: center;">} PASE a PREG. 700</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No sabe/ no responde</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> </table>	Sí	1	} PASE a PREG. 700	No	2	No sabe/ no responde	88																																			
Sí	1	} PASE a PREG. 700																																										
No	2																																											
No sabe/ no responde	88																																											
616	<p>¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted o su pareja?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px; text-align: center;">ADMITE UNA SOLA RESPUESTA</div>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Esterilización masculina o vasectomía.....</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">1</td> <td rowspan="15" style="width: 10%; vertical-align: middle; text-align: center;">} PASE a PREG. 700</td> </tr> <tr> <td>Esterilización femenina o ligadura.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Implante (Implanon, Jadelle).....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Inyección anticonceptiva.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Píldora o pastilla anticonceptiva.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Condón o preservativo femenino.....</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Condón o preservativo masculino.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Método de lactancia exclusiva – MELA.....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Especifique</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe/ no responde.....</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> </table>	Esterilización masculina o vasectomía.....	1	} PASE a PREG. 700	Esterilización femenina o ligadura.....	2	Implante (Implanon, Jadelle).....	3	Inyección anticonceptiva.....	4	Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5	Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6	Condón o preservativo femenino.....	7	Condón o preservativo masculino.....	8	Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9	Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....	10	Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11	Método de lactancia exclusiva – MELA.....	12	Otro, ¿cuál? _____	13	Especifique		No sabe/ no responde.....	88											
Esterilización masculina o vasectomía.....	1	} PASE a PREG. 700																																										
Esterilización femenina o ligadura.....	2																																											
Implante (Implanon, Jadelle).....	3																																											
Inyección anticonceptiva.....	4																																											
Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5																																											
Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6																																											
Condón o preservativo femenino.....	7																																											
Condón o preservativo masculino.....	8																																											
Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9																																											
Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings).....	10																																											
Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11																																											
Método de lactancia exclusiva – MELA.....	12																																											
Otro, ¿cuál? _____	13																																											
Especifique																																												
No sabe/ no responde.....	88																																											

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

617	¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 700																																		
618	¿En qué lugar conseguiría u obtendría el método? <i>Texto.</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">Establecimientos de salud Del MSP.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Hospital de Especialidades del IESS</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Dispensario Seguro Campesino.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Hospital/Policlínico - FFAA/Policia.....</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Hospital/Clinica Privada</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Consultorio particular.....</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Junta de Beneficencia*</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud....</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>Fundación / ONG**.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Farmacia o Botica.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Partera.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">Especifique</td></tr> <tr><td>No sabe/ no responde.....</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> </table>	Establecimientos de salud Del MSP.....	1	Hospital de Especialidades del IESS	2	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....	3	Dispensario Seguro Campesino.....	4	Hospital/Policlínico - FFAA/Policia.....	5	Hospital/Clinica Privada	6	Consultorio particular.....	7	Junta de Beneficencia*	8	Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud....	9	Fundación / ONG**.....	10	Farmacia o Botica.....	11	Partera.....	12	Otro, ¿cuál?	13	Especifique		No sabe/ no responde.....	88				
Establecimientos de salud Del MSP.....	1																																			
Hospital de Especialidades del IESS	2																																			
Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....	3																																			
Dispensario Seguro Campesino.....	4																																			
Hospital/Policlínico - FFAA/Policia.....	5																																			
Hospital/Clinica Privada	6																																			
Consultorio particular.....	7																																			
Junta de Beneficencia*	8																																			
Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud....	9																																			
Fundación / ONG**.....	10																																			
Farmacia o Botica.....	11																																			
Partera.....	12																																			
Otro, ¿cuál?	13																																			
Especifique																																				
No sabe/ no responde.....	88																																			
619	¿Cuánto tiempo tardaría normalmente en llegar a ese lugar? <i>Texto.</i> SI SE TRASLADARIA REGISTRE EN HORAS Y/ O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Minutos</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td rowspan="3" style="width: 10%; vertical-align: middle;"> } PASE a PREG. 700 </td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: center;">88</td> <td></td> </tr> </table>	Minutos	1		} PASE a PREG. 700	Horas	2		No sabe	88																									
Minutos	1		} PASE a PREG. 700																																	
Horas	2																																			
No sabe	88																																			
SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO																																				
620	ENCUESTADOR/A: Vea preg. 603 y marque el método que usa, si está utilizando más de un método, encierre con un círculo el método más efectivo de acuerdo al orden de efectividad	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Esterilización masculina o vasectomía.....</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; vertical-align: middle;"> } PASE a PREG. 622 </td> </tr> <tr> <td>Esterilización femenina o ligadura.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Implante (Implanon, Jadelle).....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle;"> } PASE a PREG. 625 </td> </tr> <tr><td>Inyección anticonceptiva.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Píldora o pastilla anticonceptiva.....</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Condón o preservativo femenino.....</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Condón o preservativo masculino.....</td><td style="text-align: right;">8</td><td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"> } PASE a PREG. 627 </td></tr> <tr><td>Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr> <td>Ritmo, calendario o control de la temperatura, Moco cervical (Billings).....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....</td> <td style="text-align: right;">11</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;"> } PASE a PREG. 627 </td></tr> <tr> <td>Método de lactancia exclusiva - MELA.....</td> <td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr> <td>Otro, ¿cuál?</td> <td style="text-align: right;">13</td> <td></td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">Especifique</td> <td></td></tr> </table>	Esterilización masculina o vasectomía.....	1	} PASE a PREG. 622	Esterilización femenina o ligadura.....	2	Implante (Implanon, Jadelle).....	3	} PASE a PREG. 625	Inyección anticonceptiva.....	4	Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5	Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6	Condón o preservativo femenino.....	7	Condón o preservativo masculino.....	8	} PASE a PREG. 627	Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9	Ritmo, calendario o control de la temperatura, Moco cervical (Billings).....	10	Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11	} PASE a PREG. 627	Método de lactancia exclusiva - MELA.....	12	Otro, ¿cuál?	13		Especifique		
Esterilización masculina o vasectomía.....	1	} PASE a PREG. 622																																		
Esterilización femenina o ligadura.....	2																																			
Implante (Implanon, Jadelle).....	3	} PASE a PREG. 625																																		
Inyección anticonceptiva.....	4																																			
Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre.....	5																																			
Píldora o pastilla anticonceptiva.....	6																																			
Condón o preservativo femenino.....	7																																			
Condón o preservativo masculino.....	8	} PASE a PREG. 627																																		
Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después).....	9																																			
Ritmo, calendario o control de la temperatura, Moco cervical (Billings).....	10																																			
Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar).....	11	} PASE a PREG. 627																																		
Método de lactancia exclusiva - MELA.....	12																																			
Otro, ¿cuál?	13																																			
Especifique																																				

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

621	¿Qué edad tenía usted cuando le esterilizaron o ligaron?	Edad en años 																												
622	¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización o ligadura?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Establecimientos de Salud del MSP.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Hospital de Especialidades del IESS</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Dispensario Seguro Campesino.....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Hospital/Policlinico - FFAA/Policia.....</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Hospital/Clinica Privada</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Consultorio particular.....</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Junta de Beneficencia*</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>Fundación / ONG**</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Otra, ¿cuál?.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><small>Especifique</small></td></tr> <tr><td>No sabe/ no responde.....</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> </table>	Establecimientos de Salud del MSP.....	1	Hospital de Especialidades del IESS	2	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....	3	Dispensario Seguro Campesino.....	4	Hospital/Policlinico - FFAA/Policia.....	5	Hospital/Clinica Privada	6	Consultorio particular.....	7	Junta de Beneficencia*	8	Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud	9	Fundación / ONG**	10	Otra, ¿cuál?.....	11	<small>Especifique</small>		No sabe/ no responde.....	88		
Establecimientos de Salud del MSP.....	1																													
Hospital de Especialidades del IESS	2																													
Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS.....	3																													
Dispensario Seguro Campesino.....	4																													
Hospital/Policlinico - FFAA/Policia.....	5																													
Hospital/Clinica Privada	6																													
Consultorio particular.....	7																													
Junta de Beneficencia*	8																													
Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud	9																													
Fundación / ONG**	10																													
Otra, ¿cuál?.....	11																													
<small>Especifique</small>																														
No sabe/ no responde.....	88																													
623	¿Quién tomó la decisión para la esterilización o ligadura?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Usted?.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Esposo/Pareja?</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Usted y su esposo/pareja?</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Médico?</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Usted, esposo/pareja y médico?</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Familiares?</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>No sabe/no responde.....</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> </table>	Usted?.....	1	Esposo/Pareja?	2	Usted y su esposo/pareja?	3	Médico?	4	Usted, esposo/pareja y médico?	5	Familiares?	6	No sabe/no responde.....	88														
Usted?.....	1																													
Esposo/Pareja?	2																													
Usted y su esposo/pareja?	3																													
Médico?	4																													
Usted, esposo/pareja y médico?	5																													
Familiares?	6																													
No sabe/no responde.....	88																													
624	Dada la situación actual, si tuviera(n) que elegir nuevamente, ¿Tomaría(n) la misma decisión de operarse para no tener más hijos(as)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No sabe/ no responde</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right; margin-top: -40px;"> PASE a PREG. 629 </div>	Sí	1	No	2	No sabe/ no responde	88																						
Sí	1																													
No	2																													
No sabe/ no responde	88																													
625	¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Establecimientos de Salud del MSP.....</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Hospital/Clinica IESS.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Centro Clínico Quirúrgico del IESS</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Dispensario Seguro Campesino</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Hospital/Policlinico- FFAA/Policia.....</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Hospital/Clinica Privada.....</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Junta de Beneficencia*.....</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Fundación/ONG**.....</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>Consultorio particular.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Farmacia o Botica.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Otro, ¿cuál?</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><small>Especifique</small></td></tr> <tr><td>No sabe/No responde.....</td><td style="text-align: right;">88 →</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right; margin-top: -40px;"> PASE a PREG. 627 </div>	Establecimientos de Salud del MSP.....	1	Hospital/Clinica IESS.....	2	Centro Clínico Quirúrgico del IESS	3	Dispensario Seguro Campesino	4	Hospital/Policlinico- FFAA/Policia.....	5	Hospital/Clinica Privada.....	6	Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud	7	Junta de Beneficencia*.....	8	Fundación/ONG**.....	9	Consultorio particular.....	10	Farmacia o Botica.....	11	Otro, ¿cuál?	12	<small>Especifique</small>		No sabe/No responde.....	88 →
Establecimientos de Salud del MSP.....	1																													
Hospital/Clinica IESS.....	2																													
Centro Clínico Quirúrgico del IESS	3																													
Dispensario Seguro Campesino	4																													
Hospital/Policlinico- FFAA/Policia.....	5																													
Hospital/Clinica Privada.....	6																													
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud	7																													
Junta de Beneficencia*.....	8																													
Fundación/ONG**.....	9																													
Consultorio particular.....	10																													
Farmacia o Botica.....	11																													
Otro, ¿cuál?	12																													
<small>Especifique</small>																														
No sabe/No responde.....	88 →																													
626	¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar? <small>SI SE TRASLADA REGISTRE EN HORAS Y/O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".</small>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Minutos</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>No sabe/ no responde</td> <td style="text-align: right;">88</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Minutos	1			Horas	2			No sabe/ no responde	88																		
Minutos	1																													
Horas	2																													
No sabe/ no responde	88																													

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

627	¿Para qué o por qué usa usted los métodos anticonceptivos principalmente:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ya no quiere tener más hijos/as?..... 1 No quiere tener hijos/as?..... 2 Para espaciar o posponer los embarazos? 3 Para protección del VIH/Sida y otras ITS?..... 4 Por razones de salud?..... 5 Otro, cuál? 6 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Especifique</div> </div>
628	¿Quién tomó la decisión de usar este método:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ambos (usted y su pareja)? 1 Sólo usted? 2 Sólo su pareja? 3 Otra persona, cuál? 4 </div>
629	¿Cuál fue el primer método que usted usó? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 200px; text-align: center;"> ADMITE UNA SOLA RESPUESTA </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Esterilización masculina o vasectomía..... 1 Esterilización femenina o ligadura..... 2 Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 Inyección anticonceptiva..... 4 Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5 Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6 Condón o preservativo femenino..... 7 Condón o preservativo masculino..... 8 Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9 Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10 Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11 Método de lactancia exclusiva – MELA..... 12 Otro, ¿cuál? 13 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Especifique</div> No sabe/ no responde..... 88 </div>
630	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Edad en años <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> </div>
631	Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> No. de hijos/hijas nacidos vivos..... <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(SI NO TENÍA ANOTE 00)</div> </div>
632	¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ambos (usted y su pareja)? 1 Sólo usted? 2 Sólo su pareja? 3 Otra persona, ¿cuál? 4 </div>
633	¿Quién toma la decisión cuando usted necesita o requiere realizarse una atención médica ginecológica:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ambos (usted y su pareja)? 1 Sólo usted? 2 Sólo su pareja? 3 Otra persona, ¿cuál? 4 </div>

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

700	ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 602 en la línea 2 si está o no esterilizada. ¿Está esterilizada?	Si está esterilizada 1 → PASE a PREG. 703 No esta esterilizada 2
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro		
701	Encuestador/a vea Preg. 200 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;">MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE</div> NO EMBARAZADA O INSEGURA ¿Quisiera tener un (otro) hijo/hija o Preferiría no tener (más) hijos/hijas? ┐ EMBARAZADA ┐ ¿Después del hijo/hija que está esperando, quisiera tener otro hijo/hija o preferiría no tener mas hijos/hijas?	Quiere hijo/hija 1 No quiere hijos/ más hijos/as 2 Menopáusica 3 No por razones médicas 4 Indecisa 5 Otro, ¿cuál? 6 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especifique</div>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG. 703</div>
702	Encuestador/a vea Preg. 200 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;">MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE</div> NO EMBARAZADA O INSEGURA ┐ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo/hija? EMBARAZADA ┐ ¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que esta esperando, antes de tener otro hijo?	Meses 1 Años 2 Pronto/Ahora 3 Menopáusica (estéril) 4 Otro, ¿cuál? 5 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especifique</div> No sabe/ no responde 88
		<div style="color: blue; font-style: italic;">Se elimina el flujo</div>
703	Encuestador/a vea Preg. 218 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0; text-align: center;">MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE</div> TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos/hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en todo su vida, ¿Cuántos serían? ┐ NO TIENE HIJO(S) VIVO(S) Si pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían? ┐ <div style="color: green; font-style: italic;">se quita anote.</div>	Número <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">SI RESPONDE NINGUNO REGISTRE "00"</div>
704	ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 700 Si la mujer está esterilizada.	Sí 1 → PASE a PREG. 800 No 2
705	ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 701 y copie la respuesta	Quiere hijo/hija 1 → PASE a PREG. 800 No quiere más hijos/as 2 Menopáusica 3 No por razones médicas 4 Indecisa 5 <div style="text-align: center; font-size: small;">Especifique</div> No sabe 88
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE a PREG. 800</div>

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la respuesta CON UN CÍRCULO.

706 ¿Cuál es la razón principal por la que no desea más hijos(as)?

1 texto.

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

1 incrementa este cuadro.

- Problemas económicos..... 1
- Por razones de salud..... 2
- Ya tiene suficientes hijos/as..... 3
- Por la edad..... 4
- Su trabajo no le permite..... 5
- No puede atender los hijos..... 6
- Inestabilidad conyugal..... 7
- Otro, ¿cuál?..... 8
- Especifique
- No sabe/ no responde..... 88

707 ¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos(as)?

1 texto.

- Sí 1
- No 2

Se Elimina Flujo.

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, Realice la pregunta 800. Para cada tema que sea CÓDIGO "1" continúe con la pregunta 801.

ENCUESTADOR/A (LÉALE UNO A UNO)	<i>Esta pregunta cambio de orden antes era 801</i> 800: ¿Recibió o ha recibido información sobre:			<i>cambio de orden antes era 802.</i> 801: ¿De quién o dónde recibió la mayor información? (SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)				
TEMA	SI	NO	NS/NR	FAMILIAR?	ESCUELA COLEGIO?	INTERNET?	OTRAS PERSONAS?	OTRAS INSTITUCIONES?
			SIGUIENTE ITEM					
a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	1	2	88	1	2	3	4	5
b. El aparato reproductor femenino/masculino?	1	2	88	1	2	3	4	5
c. La menstruación o regla?	1	2	88	1	2	3	4	5
d. Las relaciones sexuales?	1	2	88	1	2	3	4	5
e. El embarazo y el parto?	1	2	88	1	2	3	4	5
f. Los métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	3	4	5
g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	1	2	88	1	2	3	4	5
h. Píldora de emergencia (del día después)?	1	2	88	1	2	3	4	5
i. Sexualidad (roles de género, orientación sexual, reproducción, valores, el placer, la intimidad etc.)?	1	2	88	1	2	3	4	5

802 **VEA LA EDAD EN PREG. 101 SECCIÓN I Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE**
Esta pregunta cambio de orden - antes era 800

Tiene de 10 a 14 años 1
 Tiene de 15 a 24 años 2
 Tiene de 25 a 49 años 3 →

PASE a
PREG. 831

803 **¿Ha tenido relaciones sexuales?**

Sí 1
 No 2 →
 No desea contestar 3

PASE a
PREG. 840

804 **¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?**

Años
 No sabe/ no recuerda 88
 No desea contestar 99 →

PASE a
PREG. 840

805 **¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)**

Años
 No sabe/ no responde 88

806 **¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?**

Cónyuge/Conviviente 1
 Novio 2
 Amigo 3
 Familiar 4
 Desconocido 5
 Otro, cuál? 6
Especifique
 No sabe/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

807	¿Su primera relación sexual ocurrió porque:	Lo decidieron juntos?..... 1 Usted le convenció?..... 2 Le convenció su pareja?..... 3 Simplemente pasó?..... 4 Fue sin consentimiento?..... 5 → PASE a PREG. 812 Otro, cuál? 6 <div style="text-align: center;"><i>Especifique</i></div> No sabe/ no responde..... 88
808	¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 811
809	¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?	Implante (Implanon, Jadelle)..... 1 Inyección anticonceptiva..... 2 Pastillas anticonceptivas..... 3 Pastilla de emergencia (del día después)..... 4 Condón 5 Métodos vaginales..... 6 Coito interrumpido (retiro)..... 7 Ritmo, calendario..... 8 Billings (moco cervical) 9 Otro, cuál? 10 <div style="text-align: center;"><i>Especifique</i></div> No sabe/ no responde..... 88
810	¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?	Usted 1 Su pareja 2 Los dos 3 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> PASE a PREG. 812 </div>
811	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?	No esperaba tener relaciones en ese momento..... 1 No conocía ningún método..... 2 Quería embarazarse..... 3 Conocía anticonceptivos, pero no sabía donde obtenerlos..... 4 Su pareja se opuso..... 5 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento..... 6 Otra, cuál? 7 <div style="text-align: center;"><i>Especifique</i></div> No sabe/ no responde..... 88

Se ordena las categorías
 Se eliminan la primera y esta duplica

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

812	ENCUESTADOR/A: OBSERVE LAS PREGUNTAS 200 Y 207, SECCIÓN II HISTORIA DE NACIMIENTOS Y EMBARAZOS	Sí ha estado embarazada 1 No ha estado embarazada 2 → PASE a PREG. 831
813	¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?	Años cumplidos <u>texto</u>
814	Cuando se embarazó ¿Pensaba que podía quedar embarazada?	Sí 1 → PASE a PREG. 816 No 2
815	¿Por qué no?	Era la primera vez 1 No tenía relaciones frecuentes 2 Usó anticonceptivos 3 Creía que no estaba en su período fértil 4 Creía que todavía no tenía la edad 5 Su pareja le dijo que no quedaría embarazada 6 Otro, cuál? 7 <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Especifique</div>
816	En la época en la que quedó embarazada:	¿Quería tener ese hijo/a? 1 ¿Quería esperar más tiempo? 2
817	¿Qué edad tenía la persona que la embarazó por primera vez? <u>texto</u>	Años No sabe 88
818	¿Qué era para usted esa persona en ese momento?	Esposo/Pareja 1 Novio 2 Amigo 3 Familiar 4 Desconocido 5 Otra, cuál? 6 <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Especifique</div> No responde 88
819	En su primer embarazo:	Tuvo un hijo nacido vivo? 1 Tuvo una pérdida antes de cumplir 5 meses de embarazo(aborto) 2 Tuvo un hijo que nació muerto después de que tuviera 5 meses de embarazo (mortinato) 3 Aún embarazada 4 PASE a PREG. 826

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

820	¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SÍ 1 No 2 Nunca estudió 3 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PASE a PREG. 826 </div> </div>																														
821	¿Qué nivel de instrucción y grado, curso o año estaba cursando ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 80%;">NIVEL</th> <th style="text-align: right; width: 10%;">GRADO/CURSO/AÑO</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ninguno</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Centro de Alfabetización</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Educación Básica</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Bachillerato – Educación Media.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Superior no Universitario <i>texto</i></td> <td style="text-align: right;">6</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Superior Universitario <i>texto</i></td> <td style="text-align: right;">7</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Post-grado, Doctorado, PHD.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NIVEL	GRADO/CURSO/AÑO		Ninguno	0		Centro de Alfabetización	1	<input type="text"/>	Primaria	2	<input type="text"/>	Secundaria	3	<input type="text"/>	Educación Básica	4	<input type="text"/>	Bachillerato – Educación Media.....	5	<input type="text"/>	Superior no Universitario <i>texto</i>	6	<input type="text"/>	Superior Universitario <i>texto</i>	7	<input type="text"/>	Post-grado, Doctorado, PHD.....	8	<input type="text"/>
NIVEL	GRADO/CURSO/AÑO																															
Ninguno	0																															
Centro de Alfabetización	1	<input type="text"/>																														
Primaria	2	<input type="text"/>																														
Secundaria	3	<input type="text"/>																														
Educación Básica	4	<input type="text"/>																														
Bachillerato – Educación Media.....	5	<input type="text"/>																														
Superior no Universitario <i>texto</i>	6	<input type="text"/>																														
Superior Universitario <i>texto</i>	7	<input type="text"/>																														
Post-grado, Doctorado, PHD.....	8	<input type="text"/>																														
822	¿Interrumpió sus estudios?	SÍ 1 No 2																														
823	ENCUESTADOR/A vea en Preg. 819 si ya terminó su primer embarazo	Ya terminó 1 Aún embarazada 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE a PREG. 826</div>																														
824	¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?	SÍ 1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">PASE a PREG. 826</div> No 2																														
825	¿Por qué no siguió asistiendo?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> REGISTRE LA PRINCIPAL </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>No tenía con quien dejar al niño/niña.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ya no le quedaba tiempo.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>El niño/a era muy enfermo.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Oposición del cónyuge/conviviente.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>Acoso sexual.....</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>No la admitieron/fue expulsada.....</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Problemas de salud.....</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Tenía que trabajar.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Cambio de residencia.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Otra, cuál? _____</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Especifique</div>	No tenía con quien dejar al niño/niña.....	1	Ya no le quedaba tiempo.....	2	El niño/a era muy enfermo.....	3	Oposición del cónyuge/conviviente.....	4	Acoso sexual.....	5	No la admitieron/fue expulsada.....	6	Problemas de salud.....	7	Tenía que trabajar.....	8	Cambio de residencia.....	9	Otra, cuál? _____	10										
No tenía con quien dejar al niño/niña.....	1																															
Ya no le quedaba tiempo.....	2																															
El niño/a era muy enfermo.....	3																															
Oposición del cónyuge/conviviente.....	4																															
Acoso sexual.....	5																															
No la admitieron/fue expulsada.....	6																															
Problemas de salud.....	7																															
Tenía que trabajar.....	8																															
Cambio de residencia.....	9																															
Otra, cuál? _____	10																															

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

826	Al momento que supo que estaba embarazada, ¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 832																								
827	¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?	Sí 1 No 2																								
828	ENCUESTADOR/A vea en Preg. 823 si ya terminó su primer embarazo	Ya terminó 1 Aún embarazada 2 → PASE a PREG. 832																								
829	¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?	Sí 1 → PASE a PREG. 832 No 2																								
830	¿Por qué no volvió a trabajar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No tenía con quien dejar al niño/niña.....</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td rowspan="10" style="width: 15%; vertical-align: middle; text-align: center;"> PASE a PREG. 832 </td> </tr> <tr> <td>Ya no le quedaba tiempo.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>El niño/a era muy enfermo.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Oposición del cónyuge/conviviente.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Acoso sexual.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Fue despedida.....</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Problemas de salud.....</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Era empleo temporal.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>No encuentra/no encontró trabajo.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>Cambio de residencia.....</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Otro, cuál?</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px; font-size: 0.8em;">Especifique</div>	No tenía con quien dejar al niño/niña.....	1	PASE a PREG. 832	Ya no le quedaba tiempo.....	2	El niño/a era muy enfermo.....	3	Oposición del cónyuge/conviviente.....	4	Acoso sexual.....	5	Fue despedida.....	6	Problemas de salud.....	7	Era empleo temporal.....	8	No encuentra/no encontró trabajo.....	9	Cambio de residencia.....	10	Otro, cuál?	11	
No tenía con quien dejar al niño/niña.....	1	PASE a PREG. 832																								
Ya no le quedaba tiempo.....	2																									
El niño/a era muy enfermo.....	3																									
Oposición del cónyuge/conviviente.....	4																									
Acoso sexual.....	5																									
Fue despedida.....	6																									
Problemas de salud.....	7																									
Era empleo temporal.....	8																									
No encuentra/no encontró trabajo.....	9																									
Cambio de residencia.....	10																									
Otro, cuál?	11																									

A partir de la pregunta 831 se investigará también a las mujeres de 25 a 49 años de edad

831	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	Años No sabe/ recuerda 888 No desea contestar 333 No ha tenido relaciones sexuales..... 777 } PASE a PREG. 840
832	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual (coito)?	Días Semanas Meses Años Antes del último parto/embarazo 55 No recuerda/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

833	ENCUESTADOR/A vea en Preg. 832 hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual:	Hace menos de un año 1 Hace un año o más 2 No recuerda/ no responde 88 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;"> PASE a PREG. 840 </div>																
834	¿Usó el condón en su última relación sexual?	Sí 1 → <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 838</div> No 2																
835	¿Por qué no lo usó? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> REGISTRE LA PRINCIPAL </div>	No sabe dónde obtenerlo 1 Es caro/costo 2 Tiene una sola pareja 3 Usa(usaba) otro método 4 Disminuye el placer/incómodo 5 A su pareja no le gusta 6 No tenía en ese momento 7 Nunca lo ha usado 8 Otro, cuál? 9 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Especifique</div>																
836	Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?	Sí 1 No 2 No tiene pareja 3 → <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 840</div> No sabe 88																
837	Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón, ¿Cómo cree que reaccionaría él:	Se molestaría? 1 Aceptaría? 2 No aceptaría? 3 Otro, cuál? 4 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Especifique</div> No sabe 88 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em; margin-top: 10px;"> PASE a PREG. 839 </div>																
838	El condón lo usó para ... (Lea las alternativas)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">SÍ</th> <th style="width: 20%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Evitar el embarazo?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. ¿Evitar el VIH/SIDA?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. ¿Por otra razón? (Especifique)</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SÍ	NO	1. ¿Evitar el embarazo?	1	2	2. ¿Evitar el VIH/SIDA?	1	2	3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?	1	2	4. ¿Por otra razón? (Especifique)	1	
	SÍ	NO																
1. ¿Evitar el embarazo?	1	2																
2. ¿Evitar el VIH/SIDA?	1	2																
3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?	1	2																
4. ¿Por otra razón? (Especifique)	1																	
839	Cuándo usted no desea tener relaciones sexuales ¿puede decírselo a su esposo o pareja?	Sí 1 No 2 No responde 88																

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

840	¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla) por primera vez?	Edad No ha menstruado todavía 97 → PASE a PREG. 844
841	¿Cuándo eso sucedió, ¿usted sabía lo que es la menstruación o regla?	Sí 1 No 2 No responde 88
842	¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?	Padre..... 1 Madre..... 2 Hermana..... 3 Otro pariente..... 4 Amiga..... 5 Profesor(a)..... 6 Nunca le explicaron..... 7 Otra, cuál? 8 <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Especifique</div>
843	¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación o regla? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; font-size: 0.9em;">Si esta menstruando registre en días "00"</div>	Días Semanas Meses Años Antes del último (actual) embarazo 77 Ya no menstrua 88 Nunca ha menstruado 99
844	Según su opinión, ¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo:	El hombre?..... 1 La mujer?..... 2 Los dos juntos?..... 3 Cualquiera de los dos?..... 4 No sabe..... 88
845	En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	Sí 1 No 2 No sabe / no responde..... 88

SECCIÓN IX. NUPCIALIDAD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

900	¿Actualmente usted está:	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Casada?</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td rowspan="3" style="width: 10%; vertical-align: middle; text-align: center;">} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 902</div></td> </tr> <tr> <td>Unión libre?</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Unión de hecho?</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Separada?</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div></td> </tr> <tr> <td>Divorciada?</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Viuda?</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Soltera?</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> </table>	Casada?	1	} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 902</div>	Unión libre?	2	Unión de hecho?	3	Separada?	4	} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div>	Divorciada?	5	Viuda?	6	Soltera?	7	
Casada?	1	} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 902</div>																	
Unión libre?	2																		
Unión de hecho?	3																		
Separada?	4	} <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div>																	
Divorciada?	5																		
Viuda?	6																		
Soltera?	7																		
901	¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1 →</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2 →</td> <td style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1000</div></td> </tr> </table>	Sí	1 →	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div>	No	2 →	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1000</div>											
Sí	1 →	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 903</div>																	
No	2 →	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">PASE a PREG. 1000</div>																	
902	Su cónyuge/conviviente vive con usted:	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Sí</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2													
Sí	1																		
No	2																		
903	Usted ¿ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Una vez</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Más de una vez</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Una vez	1	Más de una vez	2													
Una vez	1																		
Más de una vez	2																		
904	¿Cuál es la fecha en que se casó o unió por última vez?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA: </td> <td style="width: 33%;">MES: </td> <td style="width: 33%;">AÑO: </td> </tr> <tr> <td colspan="3">No recuerda..... 7777</td> </tr> </table>	DIA: 	MES: 	AÑO: 	No recuerda..... 7777													
DIA: 	MES: 	AÑO: 																	
No recuerda..... 7777																			
905	¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Edad en años</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">No recuerda 77</td> </tr> </table>	Edad en años		No recuerda 77														
Edad en años																			
No recuerda 77																			
906	¿Qué tiempo tiene de (.....)? Encuestador/a vea en la Preg. 900	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 85%;">Años</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Si es menos de 1 año anote 00)</td> </tr> </table>	Años		(Si es menos de 1 año anote 00)														
Años																			
(Si es menos de 1 año anote 00)																			

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1000	¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?	Sí 1 No 2 →
------	---	----------------------------

PASE a
PREG. 1002

ENCUESTADOR/A:

- En la columna de la Pregunta 1001 encierre con un círculo el código 1 para cada infección que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las infecciones que no mencione, haga la pregunta 1002. si la entrevistada responde afirmativamente encierre con un círculo el código 1; caso contrario el código 2.

INFECCIÓN	PREG. 1001 ¿Cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar?	PREG. 1002 ¿Ha oído hablar de (NOMBRE DE LA INFECCIÓN):	
		DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. Sífilis?	1	1	2
b. Gonorrea?	1	1	2
c. VIH / SIDA?	1	1	2
d. Herpes genital?	1	1	2
e. Virus de Papiloma Humano (Condilomas, verrugas, coliflor)?	1	1	2
f. Chancro?	1	1	2
g. Clamidia? / texto	1	1	2
h. Hepatitis B?	1	1	2
i. Tricomoniasis?	1	1	2
j. Candidiasis?	1	1	2
k. Otra, cuál (Especifique)	1		

1003	ENCUESTADOR/A vea en preguntas 1001c y 1002c si ha oído hablar del VIH/SIDA	Conoce espontáneo 1 Conoce dirigido 2 No conoce 3 →
------	---	---

FIN DEL FORMULARIO

1004	¿Piensa que una persona pueda estar infectada con el VIH/SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?	Sí 1 No 2 No sabe..... 88
------	---	---

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1005	¿Cree usted que existe cura para el VIH/SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe 88
1006	¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/SIDA?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 1008 No sabe 88 → PASE a PREG. 1009
1007	¿Cuál es la razón principal por la que piensa Usted que SI tiene algún riesgo:	Por qué ha tenido relaciones sexuales con varias parejas en los últimos 12 meses? 1 Por qué no usó condón en todas las relaciones sexuales? 2 Por qué su pareja tiene mas parejas? 3 Por qué su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa (por trabajo, estudio, etc.)? 4 Por qué usted desconoce cómo protegerse del VIH/SIDA? 5 Por qué su pareja no acepta usar condón? 6 Por qué usted ha sido diagnosticada con alguna infección de transmisión sexual? 7 Por qué usted consume algún tipo de droga? 8 Otra, cuál? 9 <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Especifique</div> No sabe/ no responde 88 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">PASE a PREG. 1009</div>
1008	¿Cuál es la razón principal por la que piensa que NO tiene riesgo:	No tiene relaciones sexuales con desconocidos? 1 Usa el condón en todas las relaciones sexuales? 2 Usa otro método anticonceptivo? 3 Mantiene relaciones sexuales con una sola pareja? 4 No tiene pareja sexual? 5 No tiene relaciones sexuales? 6 No consume ningún tipo de droga? 7 No le han hecho transfusiones de sangre? 8 Otra, cuál? 9 <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Especifique</div> No sabe/ no responde 88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A:

- En la columna de la Pregunta 1009 circule el código 1 para cada prevención que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las formas de prevención que no mencione espontáneamente, aplique la pregunta 1010. si la entrevistada responde afirmativamente circule el código 1; caso contrario circule el código 2.

FORMAS DE PREVENCIÓN		PREG. 1009 ¿Cuáles formas de prevención conoce usted para que un hombre o una mujer no se infecte del VIH/SIDA?	PREG. 1010 ¿Es posible evitar infectarse del VIH/SIDA al?	
		ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
			SÍ	NO
a. No tener relaciones sexuales/abstinencia? <i>sexo.</i>	1	1	2	
b. Manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja que no tiene otras parejas (fidelidad mutua)?	1	1	2	
c. Utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?	1	1	2	
d. No tener relaciones sexuales con desconocidos?	1	1	2	
e. Otra, cuál? _____ ESPECIFIQUE	1			

1011	¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH/SIDA al? <i>sexo.</i>			
		SI	NO	NS/NR
	a. Darle la mano a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
	b. Besar en la frente a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
	c. Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2	88
	d. Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
e. Trabajar con una persona que tiene VIH/SIDA?	1	2	88	

1012	¿Si usted supiera:			
		SI	NO	NS/NR
	a. Que un vendedor/proveedor/tendero de vegetales frescos tiene VIH/SIDA ¿Le compraría a él?	1	2	88
	b. Que un niño está infectado por el VIH/SIDA ¿Cree que puede ir a la escuela con niños que NO tienen VIH/SIDA?	1	2	88
	c. Que un pariente suyo se enfermara de VIH/SIDA ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en casa?	1	2	88
	d. Que un profesor se encuentra infectado por el VIH/SIDA, pero no se ve enfermo ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1	2	88
e. Que una persona de su familia se infectara por el VIH/SIDA ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto ?	1	2	88	

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1013	¿En los últimos 12 meses en su última relación sexual utilizó condón?	Sí 1 No 2 No ha tenido relaciones sexuales..... 3
1014	¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH/SIDA?	Sí 1 No 2 → FIN DE LA ENTREVISTA
1015	¿Sabe dónde hacen la prueba o examen para el VIH/SIDA?	Si 1 No 2
1016	¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH/SIDA?	Si 1 No 2 → PASE a PREG. 1023
1017	¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?	Años Meses No recuerda 888 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">SI ES MENOS DE UN MES PONGA 00 EN AÑOS Y MESES</div>
1018	¿Dónde se la hizo?	Establecimientos de salud del MSP 1 Hospital/Clínica IESS 2 Hospital FFAA/Policia 3 Hospital/Clínica Privada 4 Junta de Beneficencia* 5 Cruz Roja Ecuatoriana 6 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 7 Fundación/ONG** 8 Laboratorio privado 9 Otro, cuál? 10 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Especifique</div>
1019	Ese examen se lo hizo:	¿Por su propia voluntad? 1 ¿Tenía que presentar en el trabajo? 2 ¿Para poder viajar? 3 Otra, cuál? 4 Especifique

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1020	Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?	Sí 1 No 2
1021	¿Recibió los resultados de la prueba o examen del VIH/SIDA?	Sí 1 No 2 → PASE a PREG. 1024
1022	Antes de darle los resultados, ¿Conversaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/SIDA?	Sí 1 No 2 } PASE a PREG. 1024
1023	¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH/SIDA?	No ha considerado necesario..... 1 Temor a la falta de confidencialidad..... 2 Oposición de la pareja..... 3 Oposición de otros familiares..... 4 Temor al resultado..... 5 No ha tenido tiempo..... 6 Razones religiosas..... 7 Dicen que el personal de salud regaña..... 8 Dicen que no dan el resultado..... 9 Por falta de dinero/muy caro..... 10 Nunca se le ha indicado o recomendado..... 11 Otra, cuál? 12 <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><i>Especifique</i></div> No sabe/ no responde..... 88
1024	Si le ofrecieran hacer el examen del VIH/SIDA de manera gratuita, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?	Sí 1 → FIN DE LA ENCUESTA No 2
1025	¿Cuál es la razón principal por la que no se haría la prueba o examen del VIH/SIDA?	No lo necesita..... 1 Temor a la falta de confidencialidad..... 2 Oposición de la pareja..... 3 Oposición de otros familiares..... 4 Temor al resultado..... 5 No tiene tiempo..... 6 Razones religiosas..... 7 Dicen que el personal de salud regaña..... 8 Dicen que no dan el resultado..... 9 Otra, cuál? 10 <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><i>Especifique</i></div> No sabe/ no responde..... 88