



REPÚBLICA ARGENTINA  
PRESIDENCIA DE LA NACION  
SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO

## ESTUDIO SOBRE CONDICIONES DE VIDA

### CUESTIONARIO PARA CONOCER EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL GRUPO MATERNO INFANTIL (MADRES CON HIJOS DE 0 A 3 AÑOS CUMPLIDOS)

M

**ENCUESTADOR:** Este cuestionario debe llenarse toda vez que en el hogar habite un niño de 0 a 3 años (entre 0 y 3 años, 11 meses y 29 días). Recuerde que si hay más de un niño en esas condiciones, debe seleccionar uno utilizando la planilla 3. El cuestionario debe ser respondido por la madre. Sólo en el caso en que la misma no conviva con el niño, responderá al padre. Si éste tampoco convive con el niño, responderá la persona a cargo.

#### IDENTIFICACIÓN

Código de área

Manzana o sector

Vivienda N°

Hogar N°

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Número de miembro del hogar según la columna de selección del cuestionario H:

Edad (en años cumplidos):  Sexo: 1  Varón 2  Mujer

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Número de miembro del hogar según la columna de selección del cuestionario H:

Edad:  (En meses cumplidos, NO en años. Por ejemplo: si el niño tiene 1 año y medio, anote 18 meses).

Sexo: 1  Varón 2  Mujer

1 El entrevistado es:

- 1  Madre  
2  Padre  
3  Familiar a cargo  
4  No familiar a cargo

Sólo en caso de que el niño no conviva con la madre.  
En estos casos, se formularán exclusivamente las preg. (13),  
(sin sus padres), (14) y (37).

SEÑORA: Vamos a conversar sobre su embarazo, el parto y la crianza de \_\_\_\_\_

(Nombre del niño)

2 ¿Tuvo algún tipo de control médico durante ese embarazo?

- 1  No → pasa a Preg. 6  
2  Si

3 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando tuvo su primer control? (No leer)

- 1  3 meses o menos  
2  4 - 6 meses  
3  6 meses y más  
9  No/Nr

**4 ¿Cuántos controles tuvo antes del parto? (No leer)**

- 1  1-2  
 2  3-4  
 3  5-6  
 4  7 y más  
 5  Ns/Nr

**5 ¿Le hicieron algún tipo de estudio o análisis en estos controles?**

- 1  No  
 2  Sí  
 3  Ns/Nr

**6 ¿Cómo fue el parto? (No leer)**

- 1  Por cesárea  
 2  Con forceps  
 3  Normal

**7 ¿Cuánto pesó el niño al nacer? (No leer)**

- 1  Menos de 1,500 kg  
 2  Entre 1,500 y 2,000 kg  
 3  Entre 2,001 y 2,500 kg  
 4  Entre 2,501 y 3,500 kg  
 5  3,501 kg y más  
 6  Ns/Nr

**8 ¿Le dió el pecho?**

- 1  No → pasa a preg. (10)  
 2  Sí

**9 ¿Cuánto tiempo? (No leer)**

- 1  Menos de 1 mes.  
 2  Entre 1 y 3 meses.  
 3  Entre 3,1 y 6 meses.  
 4  Entre 6,1 y 11 meses.  
 5  12 meses y más.  
 6  La está dando → pasa a preg. (11)

**10 ¿Por qué interrumpió o no le dió si pioche? (No leer)**

- 1  Por indicación médica.  
 2  Por enfermedad/dolor.  
 3  Se me cayó / lo comí sin leche.  
 4  No me acordaba/no quería mamar más/sé quedaba con hambre.

- 5  Porque ya era grande.  
 6  No quería la leche.  
 7  No quería que me estropearan.  
 8  Otra razón.

Si la pregunta es "¿Por qué interrumpió o no le dio si pioche?", se aplica la regla de los 20% de respuesta. Si la respuesta es "Otra razón", se aplica la regla de los 5% de respuesta.

- 1  No → pasa a preg. (13)  
 2  Sí

**11 ¿Cuál es su peso?**

- 1  Algo, de vez en cuando.  
 2  1 kg  
 3  2 kg  
 4  3 y más kg  
 5  Ns/Nr

**ENJUICIACIÓN:** Obtener la talla oficial del niño.  
 Si tiene hasta 2 meses, basarla en  
 preg. (18). Si tiene 3 meses o  
 más, por estatura.

12 Observar si bien funcionan los establecimientos de salud y, especialmente, los programas de vacunación. Pueden averiguarlos, mostrándole los certificados de vacunación o libretas sanitarias de su hijo.

(Tiene la certificación en su libreta sanitaria?)

- 1  No → pasa a preg. (15)  
 2  Sí  
 3  No exhibe certificados → pasa a preg. (16)

**14 ENCUENTRADOR:** Observe el/los certificados de vacunación que corresponden a la triple o D.P.T. Si hay uno, cuente las distintas fechas que allí están inscriptas. Si hay más de uno, ordene los certificados por fecha (mes y año) y registre las dosis aplicadas.

- 1  Ninguna (no hay certificado o constancia de D.P.T.)  
2  1 dosis (sólo hay una fecha de vacunación con D.P.T.)  
3  2 dosis (hay 2 fechas distintas de vacunación con D.P.T.)  
4  3 dosis (hay 3 fechas distintas de vacunación)  
5  3 dosis o 3 dosis y 1 refuerzo (4 fechas distintas de vacunación con D.P.T.)

**15** ¿Recibe o recibió leche en polvo del Centro de Salud, Sala de primeros auxilios u Hospital por su hijo?

- 1  No → pasa a preg. (17)  
2  Sí  
9  Ns/Nr → pasa a preg. (17)

**16** ¿Cuánto recibe/recibiría por mes?

- 1  Algo, de vez en cuando.  
2  1 kg  
3  2 kg  
4  3 y mas kg  
9  Ns/Nr

**17** Durante el primer año de vida de su hijo lo llevó alguna vez a control (para pesarlo, medirlo, vacunarle) sin estar enfermo?

- 1  No  
2  Sí → (cuántas veces?) □

**ENCUESTADOR:** Si son 8 o más veces,  
anote 8. Si Ns/Nr,  
anote 9.

**18** Trabaja o hace alguna actividad, aunque fuese no paga, por más de 15 horas semanales? (Por ej.: lavar o coser ropa para afuera, cuidar niños o ancianos por un pago, hacer y vender comida, etc.)

- 1  No → pasa a preg. (20)  
2  Sí

**19** ¿Con quién deja habitualmente a su hijo/a cuando trabaja o hace alguna actividad? (No leer)

- 1  Con mi esposo o compañero  
2  Con mi madre o suegra  
3  Con mis hijos  
4  Con otros familiares  
5  Con vecinos  
6  Trabajo en mi casa  
7  Con una empleada  
8  La lleva a mi trabajo  
9  Otras (especificar) \_\_\_\_\_  
10  Lo mando a guardería

pasa a preg. (21)

pasa a preg. (22)

**20** ¿Por qué no trabaja? (No leer)

- 1  No necesito/preferí quedarme en mi casa  
2  No encuentro trabajo  
3  Mi marido no quiere/por problemas familiares  
4  No quiero dejar solo a mi hijo/ no tengo con quien dejarlo. Mi hijo es muy pequeño.  
5  Otra  
9  Ns/Nr

**21** ¿Manda a su hijo a una guardería?

- 1  No  
2  Sí → pasa a preg. (23)  
9  Ns/Nr → pasa a preg. (24)

**22** ¿Por qué no lo mandaría? (No leer)

- 1  Porque lo cuidan familiares  
2  Porque lo cuidan vecinos  
3  Porque no me gustan las guarderías  
4  Porque no me alcanza el dinero  
5  Porque trabajo en mi casa  
6  Otra  
9  Ns/Nr

pasa a preg. (25)

23 ¿A qué tipo de guardería manda o mandaría a su hijo?

- Pública (Nacional, Provincial, Municipal).
- Religiosa.
- De la empresa donde trabaja.
- De la obra social.
- Privada.
- Qualquiera de los anteriores
- Ns/Nr

24 ¿Ha usado alguna vez usted o su esposo o compañero un método para evitar que usted quede embarazada?

- No \_\_\_\_\_ Pasa a Preg 29
- Sí

25 ¿Qué método o métodos usó?

ENCUESTADOR: Lea uno a uno los métodos que se listan y de acuerdo a la respuesta, marque Si o No

- | No | Si  |
|----|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> Pastillas o píldoras anticonceptivas.  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Espiral o Dispositivo intrauterino, llamado DIU  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Condón o preservativo  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Inyección anticonceptiva.  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Díaphragma, jaleas, cremas, espumas u otros métodos vaginales  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Operación de la mujer para no tener más hijos o esterilización.  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Operación del hombre para no tener más hijos o vasectomía.   |
| 1  | <input type="checkbox"/> Ritmo o control del periodo menstrual. (Consiste en evitar tener relaciones sexuales en ciertos días del mes en que es más posible que la mujer quede embarazada). |
| 1  | <input type="checkbox"/> Abstinencia total (consiste en no tener relaciones sexuales).  |
| 1  | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____   |

26 Actualmente, qué método usa? Si usa más de uno, señale el más importante. (No leer).

- Ninguno porque está embarazada
- Ninguno.
- Pestillas anticonceptivas
- Espiral, dispositivo intrauterino (DIU)
- Condón o preservativo.
- Inyección anticonceptiva
- Díaphragmas, jaleas, cremas, espumas, óvulos u otros métodos vaginales.
- Operación de la mujer para no tener hijos o esterilización
- Operación del hombre para no tener más hijos o vasectomía
- Ritmo o control del periodo menstrual
- Abstinencia total
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

27 ¿Quién se lo indicó o recomendó? (No leer)

- Médico/enfermera/obstetra/partera del hospital público o centro de salud nacional, provincial o municipal
- Médico/enfermera/obstetra/partera de la obra social (servicios propios o contratados).
- Médico/enfermera/obstetra/partera Particular o de un sistema prepago.
- Farmacéutico
- Familiar, amigo, vecina
- Nadie.
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_
- No recuerda.

28 ¿Quedó embarazada alguna vez usando un método anticonceptivo?

- No
- Sí
- Ns/Nr

29 Si usted pudiese elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría?

**30** ¿Cómo paga su visita al médico?

- 1  Todo con dinero y no le reintegran.  
 2  Todo con dinero y luego le reintegran.  
 3  Con carnet o chequera de obra social y un adicional con dinero.  
 4  Con carnet o chequera de prepago más un adicional.  
 5  Con carnet o chequeras de obra social.  
 6  Con carnet o chequera de prepago.  
 7  No paga nada.  
 9  Ns/Nr

**31** Cuando compra un remedio con receta ¿qué porcentaje paga?

$\square$  %

**ENCUESTADOR:** Si paga el 100 % anote 98;  
 si no paga nada anote 00;  
 si no sabe o no responde  
 anote 99.

**32** ¿Podría decirme cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

$\square$

**33** De ellos ¿cuántos viven actualmente?

$\square$

**34** Y en los últimos 5 años ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

$\square$

**35** De ellos ¿cuántos fallecieron antes de cumplir el 1er. año de edad?

$\square$

**36** ¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primera hija?

$\square$  años

**37** **ENCUESTADOR:** Si el niño es mayor de 1 año, tome la cinta "Brazalete de la salud", explique a la entrevistada que el objetivo del mismo es determinar el crecimiento del niño.

Siguiendo las indicaciones del instructivo, proceda a medir el brazo, registrando el color y los centímetros.

Recuerde que el niño debe estar sentado o parado, su brazo separado del cuerpo y suelto. Tome el brazo izquierdo si el niño es diestro y el derecho si es zurdo.

- 1  Rojo  
 2  Amarillo  
 3  Verde

$\square$  cm