

1 INFORMACIÓN GENERAL

● 1.1. Localización del centro de salud

● 1.1.1. Latitud * (grados decimales)

● 1.1.2. Longitud * (grados decimales)

● 1.1.3. Altitud * (m.s.n.m.)

● 1.1.4. Vereda *

● 1.1.5. Municipio *

● 1.1.6. Departamento *

● 1.2. Nombre del centro *

● 1.3. Código del centro *(en el caso de que el país tenga códigos específicos para los centros)*

● 1.4. Tipo de centro de salud *

- () 1. Servicios de salud del primer nivel (hospitales locales, centros y puesto de salud)
 () 2. Servicios de salud del segundo nivel
 () 3. Servicios de salud del tercer nivel
 () 99. Otro, especificar: _____

● 1.5. Personal médico (salud) y administrativo *

● 1.5.1. N.º total femenino	
● 1.5.2. N.º total masculino	

● 1.6. Usuarios promedio del centro (sistema) de salud *

● 1.6.1. N.º promedio diario de pacientes femeninos	
● 1.6.2. N.º promedio diario de pacientes masculinos	

● 1.7. Nombre de las comunidades rurales atendidas por el centro de salud *

(comunidades de las que el centro de salud recibe pacientes)

● 1.8. Observaciones sobre el centro de salud

2 SERVICIO DE AGUA

● **2.1. ¿El centro de salud tiene algún sistema de agua?** * (respuesta múltiple); (sistema tal y como lo entiende SIASAR: agua de tubería (red de distribución conectada a la vivienda, pila pública,), pozo o manantial protegido (que no está expuesta a las aguas de escorrentía u otras fuentes de contaminación.), captación de agua lluvia, siempre proveniente de una fuente de agua mejorada (por la naturaleza de su diseño y construcción, presentan el potencial de suministrar agua apta para el consumo))

1. Sí, compartido con la comunidad 2. Sí, exclusivo para el centro 3. No

Para los casos en los que Sí exista un sistema de agua

(Si 2.1 = "1. Sí, compartido con la comunidad" o "2. Sí, exclusivo para el centro"), responda a las siguientes preguntas:

● **2.2. Nombre del sistema comunitario que abastece el centro** (Si 2.1 = "1. Sí, compartido con la comunidad")

● **2.3. Funcionamiento del sistema de agua en el centro** * (respuesta única); (confirmarlo en el momento de la visita)

A	<input type="checkbox"/> Bueno: en servicio y funciona correctamente todo el año, con todos los componentes en buena condición física
B	<input type="checkbox"/> Regular: en servicio, pero no funciona correctamente algunas veces al año y/o con necesidad de mejorar el mantenimiento
C	<input type="checkbox"/> Malo: en servicio, pero no funciona correctamente durante la mayoría del año y/o con necesidad de inversión para reposición
D	<input type="checkbox"/> Caído: no funciona, requiere de rehabilitación completa

● **2.4. ¿Se usa el agua del sistema para consumo del centro?** (respuesta única)

1. Sí 2. No

● **2.5. En caso de que no se use el agua del sistema para consumo del centro de salud** (Si 2.4 = "2. No")

2.5.1. ¿Cuál es la fuente principal de agua para consumo del centro de salud? (respuesta única); (marcar solo la que se usa con más frecuencia)

1. Agua de lluvia
 2. Pozo o manantial no protegido
 3. Agua envasada
 4. Vehículo
 5. Agua fuente superficial (lago, río o arroyo)
 6. Sin fuente de agua

● **2.5.2. Indicar los principales motivos de no uso del agua del sistema** (respuesta múltiple)

1. Por cuestiones de sabor, olor, color, etc.
 2. Por cuestiones de calidad de agua
 3. Por cuestiones de asequibilidad (capacidad de pago)
 4. Por cuestiones de accesibilidad (en términos físicos)
 5. Por cuestiones de disponibilidad (continuidad y confiabilidad)
 99. Otro, especificar: _____

● **2.6. ¿Dispone el centro actualmente de agua para consumo procedente de la fuente principal?** (respuesta única)

1. Sí 2. No

Para los casos en los que NO exista un sistema de agua

(2.1 = "3. No"), responda a las siguientes cuestiones:

● **2.5.1. ¿Cuál es la fuente principal de agua para consumo del centro de salud?** (respuesta única); (marcar solo la que se usa con más frecuencia);

1. Agua de lluvia
 2. Pozo o manantial no protegido
 3. Agua envasada
 4. Carro o camión cisterna
 5. Agua de fuente superficial (lago, río o arroyo)
 6. Sin fuente de agua (pase al bloque 3)

● **2.6. ¿Dispone el centro actualmente de agua para consumo procedente de la fuente principal?** (respuesta única)

1. Sí 2. No

● **2.7. Observaciones sobre el servicio de agua en el centro de salud**

(puede responder a este campo haya o no sistema de agua en el centro)

3 SERVICIO DE SANEAMIENTO

● **3.1. ¿Dispone el centro de salud de unidades sanitarias (inodoros o letrinas)? ***

(respuesta única)

<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
--------------------------------	--------------------------------

En caso de NO existir unidades sanitarias

(Si "3.1= 2. No"), Pase directamente al campo 3.8

En caso de SÍ existir unidades sanitarias

(Si 3.1= "1. Sí"), responda las siguientes preguntas:

● **3.2. ¿De qué tipo de unidades sanitarias dispone el centro de salud? ***

(respuesta única); (marcar sólo la más habitual)

<input type="checkbox"/> 1. Con descarga hidráulica (a la red de alcantarillado o sistema séptico)
<input type="checkbox"/> 2. Letrinas de pozo excavado con losa
<input type="checkbox"/> 3. Unidades sanitarias secas (Letrinas de compostaje)
<input type="checkbox"/> 4. Letrinas de pozo excavado sin losa
<input type="checkbox"/> 5. Letrinas colgantes
<input type="checkbox"/> 6. Letrinas de cubo

● **3.3. ¿Cuántas unidades sanitarias dispone el centro? ***

(se recomienda involucrar, en la medida de lo posible, al personal sanitario en la respuesta)

	1. Total	2. En uso (disponibles, en funcionamiento y privados)
● 3..3.1. Inodoros para mujeres		
● 3..3.2. Inodoros para hombres		
● 3..3.3. Inodoros para uso común		

● **3.4. ¿Hay inodoros (retretes) reservados para el personal? ***

(respuesta única)

<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
--------------------------------	--------------------------------

● **3.5. ¿Hay inodoros (retretes) con instalaciones para la higiene menstrual? ***

(es decir, con un recipiente con tapa para desechar los materiales usados y agua y jabón en un espacio privado para lavarse); (respuesta única)

<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
--------------------------------	--------------------------------

● **3.6. ¿Dispone el centro de salud de al menos un inodoro o letrina utilizable que sea accesible para las personas con movilidad o visión reducida? ***

(respuesta única)

<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
--------------------------------	--------------------------------

● **3.7. ¿En general, qué tan limpios están los inodoros o letrinas del centro de salud? ***

(respuesta única)

<input type="checkbox"/> 1. Limpios (todos los inodoros no tienen un olor fuerte ni un número significativo de moscas o mosquitos, y no hay heces visibles en el piso, las paredes, el asiento (o la bandeja) o alrededor de la instalación)
<input type="checkbox"/> 2. Limpios en cierta medida (hay algún olor y / o algún signo de materia fecal en algunos de los inodoros)
<input type="checkbox"/> 3. No están limpios (hay un olor fuerte y / o presencia de materia fecal en la mayoría de los inodoros)

● **3.8. Observaciones sobre el servicio de saneamiento en el centro de salud (puede igualmente responder este campo, aunque no haya inodoros o letrinas en el centro)**

4 HIGIENE

● **4.1. ¿Dispone el centro de salud de instalaciones para el lavado de manos? ***

(respuesta única)

1. Sí 2. No

● **4.2. ¿Disponen actualmente de agua y jabón las instalaciones para el lavado de manos? ***

(Si 4.1 = "1, Sí"; respuesta única)

1. Sí, agua y jabón
 2. Solo agua
 3. Solo jabón
 4. Ni agua ni jabón

● **4.3. Observaciones sobre la higiene en el centro de salud**

(puede igualmente responder este campo, aunque no haya instalaciones para el lavado de manos en el centro)