

ENCUESTA

**SALUD, COVID  
Y MOVILIDAD  
TRANSFRONTERIZA**

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE  
2021



Centers for Disease Control and Prevention  
CDC 24/7. Saving Lives. Protecting People™



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Fecha de entrevista

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

Región de muestreo

Ciudad de muestreo

Punto de muestreo

Turno

CÉDULA FILTRO

1. Sexo	2. Buenos días/tardes, trabajo en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Estamos haciendo una investigación sobre salud y COVID-19 en personas migrantes. Estamos encuestando a personas que estén llegando de México a Guatemala ¿Me permite hacerle algunas preguntas?	3. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? <i>(ANOTE LOS AÑOS)</i>	4. ¿Usted cruzó de México a Guatemala en las últimas 12 horas?	5. Si me lo permite, le haré algunas preguntas sobre su viaje a México, sobre su salud, y cómo lo(la) ha afectado la pandemia de COVID. Esto me tomará aproximadamente 10 minutos.
01 Hombre	01 Sí (CONTINÚE)  02 No (AGRADEZCA Y TERMINE)  03 No estoy llegando de México (AGRADEZCA Y TERMINE)	<i>SI ES MENOR DE 18 AÑOS AGRADEZCA Y TERMINE; DE LO CONTRARIO, CONTINÚE</i>	01 Sí (CONTINÚE)  02 No (AGRADEZCA Y TERMINE)	<p>La información será anónima, no escribiremos su nombre. Su participación es voluntaria, y puede negarse a participar o a responder cualquier pregunta. Usted no recibirá ningún pago u otros beneficios, pero esperamos que sus respuestas sirvan para beneficiar a todas las personas migrantes.</p> <p>Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en hacérmelo saber, o póngase en contacto con el DR. RICARDO CORTES ALCALA que puede ser contactado por correo electrónico a <a href="mailto:Ricardo.Cortes@salud.gob.mx">Ricardo.Cortes@salud.gob.mx</a>.</p> <p><b>¿Me permite hacerle las preguntas?</b></p> 01 Sí (APLIQUE CUESTIONARIO) 02 No (AGRADEZCA Y TERMINE)
02 Mujer				
01				
02				
03				
04				
05				

## A. SOCIODEMOGRÁFICO

**A continuación, le haré algunas preguntas acerca de usted.**

**a.1. ¿En qué país nació usted?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

- 01 Guatemala
- 02 Honduras
- 03 El Salvador
- 04 México
- 05 Estados Unidos
- 06 Otro país (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

--	--

**a.2. ¿En qué país vive?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

- 01 Guatemala
- 02 Honduras
- 03 El Salvador
- 04 México
- 05 Estados Unidos
- 06 Otro país (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

--	--

**a.3. ¿Cuál fue el último año de escuela que usted aprobó o cursó?**

--	--	--	--

AÑO

NIVEL

Nivel:

- 00 Ninguno
- 01 Primaria
- 02 Básicos o secundaria
- 03 Diversificados, bachillerato, magisterio, técnico, etc.
- 04 Universidad o más

**a.4. ¿Se considera usted perteneciente a alguno de los siguientes grupos:**

(LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES. ANOTE 01 PARA SÍ Y 02 PARA NO)

- 1. indígena?
- 2. afrodescendiente?


**a.5. ¿Cuál es su religión?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 Ateo/ sin creencias religiosas/no creyente</li> <li>02 Espiritual, sin afiliación religiosa</li> <li>03 Católica</li> <li>04 Protestante</li> <li>05 Pentecostal</li> <li>06 La Luz del Mundo</li> <li>07 Ig Jes de los San de los Ult Días (Mormón)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>08 Adventistas del Séptimo Día</li> <li>09 Testigos de Jehová</li> <li>10 Judaísmo</li> <li>11 Budismo</li> <li>12 Islam</li> <li>13 Otra (ESPECIFIQUE) _____</li> </ul> |
|---|---|

--	--

**a.6. En esta última estancia en México, ¿trabajó usted en ese país?**

- 01 Sí
- 02 No (PASE A PREG. b1)

--	--

**a.7. ¿Cuáles son las tareas o funciones principales que desempeñó usted en ese trabajo?**

---



---

**a.8. ¿Cuál es el nombre del oficio o profesión que desempeñó en ese trabajo?**

(ESCRIBA EL NOMBRE) \_\_\_\_\_

--	--	--

## B. MOVILIDAD TRANSFRONTERIZA

**Enseguida le haré algunas preguntas sobre su viaje a México.**

**b.1. Al iniciar este viaje, ¿entró a México desde Guatemala?**

01 Sí      02 No (PASE A PREG. b4)      03 No, porque vivo en México

--	--

**b.2. Esta última vez, ¿cuánto tiempo permaneció en México?**

(ESCRIBA EN LOS RENGLONES)

\_\_\_\_\_

CANTIDAD (EJEM. 1,2,3)

\_\_\_\_\_

TIEMPO (EJEM. HORAS, DÍAS)

CANTIDAD			TIEMPO

Tiempo: 01 Horas 02 Días 03 Semanas 04 Quincenas 05 Meses 06 Años 07 Vivo en México

**b.3. ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted entró la última vez a México?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

--	--

- |  |   |
|--|---|
| <p>01 Para trabajar en México</p> <p>02 Porque vive o para vivir en México</p> <p>03 Visitar familiares o amistades en México</p> <p>04 Para trabajar o vivir en Estados Unidos</p> <p>05 Para solicitar asilo o refugio en México</p> | <p>06 Para solicitar asilo o refugio en Estados Unidos vivir en Estados Unidos</p> <p>07 Para comprar o vender algo</p> <p>08 Para ir al médico, comprar medicinas, o alguna otra razón relacionada con salud</p> <p>09 Para ir a la escuela</p> <p>10 Otra razón (ESPECIFIQUE) _____</p> |
|--|---|

**b.4. ¿Cada cuándo va usted a México?**

(ESCUCHE Y ESCRIBA EN LOS RENGLONES)

--	--	--

CANTIDAD

Tiempo:

77 Vive en México

88 Diario

01 Cada \_\_\_\_\_ horas

02 Cada \_\_\_\_\_ días

03 Cada \_\_\_\_\_ semana(s)

04 Cada \_\_\_\_\_ quincena(s)

05 Cada \_\_\_\_\_ mes(es)

06 Cada \_\_\_\_\_ año(s)

07 Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

96 Es la primera vez

--	--

TIEMPO

**b.5. ¿Cuál es la razón principal por la que usted ingresa a Guatemala hoy?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

--	--

- 01 Para trabajar en Guatemala
- 02 Para ir a la escuela en Guatemala
- 03 Porque vive o para vivir en Guatemala
- 04 Visitar familiares o amistades en Guatemala
- 05 Para comprar o vender algo
- 06 Para ir al médico, comprar medicinas, o alguna otra razón relacionada con salud
- 07 Otra razón (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

## C. SALUD

Ahora le preguntaré sobre su salud.

**c.1. En las últimas dos semanas, ¿usted ha tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente) o alguna necesidad de salud (por ejemplo, atención de embarazo, vacunación, etc.)?**

--	--

01 Sí                      02 No (PASE A PREG. d.1.)

**c.2. ¿Qué tipo de problema o necesidad tuvo?**

(ESCUCHE Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE 01 PARA SI LO MENCIONO, 02 PARA NO LO MENCIONO)

(ESCUCHE Y ANOTE 01 SÍ, EN LAS OPCIONES INDICADAS)

01	Heridas o accidentes		
02	Enfermedades respiratorias (no COVID)		
03	Enfermedades gastrointestinales		
04	Atención del embarazo o parto		
05	Planificación familiar		
06	Dengue, Paludismo, Chikungunya, Zika		
07	Covid-19		
08	Otro (ESPECIFIQUE) _____		

**c.2.1 De estos, ¿cuál fue el problema o necesidad más reciente?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO A PARTIR DE LAS OPCIONES SELECCIONADAS EN PREG. C2)

--	--

- 01 Heridas o accidentes
- 02 Enfermedades respiratorias (no COVID)
- 03 Enfermedades gastrointestinales
- 04 Atención del embarazo o parto
- 05 Planificación familiar
- 06 Dengue, Paludismo, Chikungunya, Zika
- 07 Covid-19
- 08 Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**c.3. Para este problema o necesidad, ¿recibió atención en un servicio de salud (farmacia, consultorio, clínica, hospital, etc.)?**

--	--

01 Sí                      02 No (PASE A PREG. d.1.)

**c.4. ¿En qué país recibió la atención?**

(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

--	--

- 04 México
- 01 Guatemala
- 06 Otro país (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**c.5. ¿En dónde recibió la atención?**

(LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES. ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

--	--

- 01 Centro de salud u hospital de gobierno
- 02 Consultorio de farmacia privada
- 03 Consultorio, clínica u hospital privado
- 04 Organizaciones o agencias internacionales (Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras)
- 05 Organizaciones civiles (Cáritas, Dispensarios de iglesia)
- 06 Otro lugar (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

## D. COVID-19

**Por último, vamos a preguntar acerca del Covid-19.**

<b>d.1. ¿Usted ha tenido Covid-19?</b> 01 Sí                      02 No (PASE A PREG. d.3.)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
<b>d.2. ¿Cómo sabe que ha tenido Covid-19?</b> (ESCUCHE Y ANOTE 01 PARA SÍ Y 02 PARA NO EN CADA UNA DE LAS OPCIONES)									
01 Me hicieron una prueba y salió positiva 02 No me hicieron prueba, pero un médico o enfermero me dijo que tenía COVID-19 03 Tuve síntomas 04 Otra razón (ESPECIFIQUE) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
<b>d.3. ¿A usted ya lo vacunaron contra el Covid-19?</b> 01 Sí                      02 No (PASE A PREG.d.4.)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
<b>d.3.1 ¿En qué país le vacunaron?</b> (ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
04 México 01 Guatemala 06 Otro país (ESPECIFIQUE) _____									
<b>d.3.2 ¿Cuántas dosis le han puesto?</b> (ANOTE EL NÚMERO)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
<b>d.3.3 ¿Qué vacuna le pusieron?</b> (ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
01 Pfizer 02 AstraZeneca 03 Sputnik V 04 Sinovac 05 CanSino 06 Moderna 07 Otra (ESPECIFIQUE) _____									
➔ PASE A PREG. D5									
<b>d.4. En caso de que le pudieran poner gratis una vacuna contra el Covid-19, ¿aceptaría que se la pusieran?</b> 01 Sí (PASE A PREG. d.5.)                      02 No	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
<b>d.4.1 ¿Por qué no aceptaría?</b> (ESCUCHE Y ANOTE LA PRIMERA QUE MENCIONE)	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
01 No creo que la vacuna de Covid-19 sirva/No creo en la vacuna de Covid-19 02 No creo que las vacunas sirvan/No creo en las vacunas 03 Me dan miedo los efectos secundarios de la vacuna de Covid-19 04 Me dan miedo los efectos secundarios de las vacunas 05 Por mis creencias religiosas 06 No confío en el gobierno (Ministerios/Secretarías) 07 Otro (ESPECIFIQUE) _____									

**d.5. ¿Qué precauciones toma normalmente usted para protegerse del Covid-19?**

(ESCUCHE Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE 01 PARA SI LO MENCIONO, 02 PARA NO LO MENCIONO)

- 01 Ninguna
- 02 Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o usar gel anti-bacterial
- 03 Mantener los espacios ventilados
- 04 Usar mascarilla/cubrebocas
- 05 Utilizar guantes
- 06 Limpiar y desinfectar superficies
- 07 Evitar acudir a reuniones familiares
- 08 Evitar ir a sitios públicos donde hay mucha gente
- 09 Otra (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_


**d.6. ¿Cómo se puede transmitir el virus que causa COVID-19?**

(ESCUCHE Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE 01 PARA SI LO MENCIONO, 02 PARA NO LO MENCIONO)

- 01 No está seguro(a)/No sabe
- 02 Por el aire, tos, estornudos, respiración y gotas de saliva
- 03 Por tocar objetos contaminados con el virus
- 04 Por ingerir alimentos o bebidas contaminadas con el virus
- 05 Por contacto sexual
- 06 Por sangre
- 07 Por insectos
- 08 Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_


**d.7. ¿Quién puede infectarse del virus que causa COVID-19?**

(ESCUCHE Y ANOTE TODOS LOS QUE MENCIONE 01 PARA SI LO MENCIONO, 02 PARA NO LO MENCIONO)

- 01 No está seguro(a)/No sabe
- 02 Todas las personas
- 03 Todas las personas que no se han vacunado
- 04 Sólo personas con otros problemas de salud (diabetes, hipertensión obesidad, etc.)
- 05 Personas mayores/De la tercera edad
- 06 Personas que han estado en contacto con personas visiblemente enfermas con COVID-19
- 07 Personal de salud
- 08 Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_


**d.8. ¿En qué fuente confía para enterarse acerca del Covid-19?**

(ESCUCHE Y ANOTE LA PRIMERA QUE MENCIONE)

- 01 Información del Ministerio/Secretaría de Salud de su país de origen
- 02 Información del Ministerio/Secretaría de Salud de México
- 03 Noticiarios (radio, televisión, periódicos)
- 04 Organizaciones o agencias internacionales (OMS, OPS, ONU, CRUZ ROJA)
- 05 Familiares o amistades
- 06 Otro (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

--	--

**d.8.1. ¿Considera que actualmente, en su comunidad, la pandemia está...**

(LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES. ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)

- 01 **disminuyendo?**
- 02 **ya terminó?**
- 03 **sigue igual?**

--	--

<p><b>d.8.2 ¿Qué tan probable considera usted que las personas de su comunidad se vacunen contra Covid-19 cuando tengan la oportunidad?</b>  <i>(ESCUCHE Y ANOTE)</i></p> <p>01 Muy probable          02 Probable          03 Improbable          04 Muy improbable</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
<p><b>d.8.3. ¿Cuál es su principal preocupación con respecto a la pandemia de COVID-19?</b>  <i>(ESCUCHE Y ANOTE LA PRIMERA QUE MENCIONE)</i></p> <p>01 Enfermarme de COVID-19          02 Que alguien de mi familia o amigos se enferme de COVID-19          03 No tener acceso a los servicios de salud          04 Lo relacionado a ingresos o trabajo (perder el trabajo, no poder encontrar trabajo, etc.)          05 Otra <i>(ESPECIFIQUE)</i> _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
<p><b>d.9. PARA ENCUESTADOR:</b>  <i>(OBSERVE Y ANOTE SÓLO UNA OPCIÓN)</i></p> <p>01 La persona tiene puesto un cubrebocas/mascarilla correctamente          02 La persona tiene puesto un cubrebocas/mascarilla pero no cubre nariz o boca          03 La persona no tiene puesto un cubrebocas/mascarilla</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		

**AGRADEZCA Y TERMINE.**

**OBSERVACIONES:**

**ENCUESTADOR:** \_\_\_\_\_

*NOMBRE*

--	--	--

*ID*