



0%



BID

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud

ID:

1. Identificación del Departamento:

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Cabañas
- ☐ Cuscatlan
- ☐ La Libertad
- ☐ La Paz
- ☐ La Union
- ☐ Morazan
- ☐ San Vicente
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

2. Identificación del Municipio:

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Apastepeque
- ☐ Chiltiupan
- ☐ Cojutepeque
- ☐ El Sauce
- ☐ Ilobasco
- ☐ La Libertad
- ☐ Monte San Juan
- ☐ San Antonio Masahuat
- ☐ San Cristobal
- ☐ San Esteban Catarina
- ☐ San Francisco Gotera
- ☐ San Ildefonso
- ☐ San Vicente
- ☐ Santa Maria Ostuma
- ☐ Santa Rosa de Lima
- ☐ Sensuntepeque
- ☐ Sociedad
- ☐ Tacuba
- ☐ Tecolulca
- ☐ Tejutepeque
- ☐ Zacatecoluca
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

3. Identificación de la Unidad:

- ☐ ECOS Especializado Ilobasco
- ☐ ECOS Especializado Sensuntepeque
- ☐ ECOS Especializado Tacuba
- ☐ ECOS Familiar Cerro Colorado
- ☐ ECOS Familiar Cuyantepeque
- ☐ ECOS Familiar El Sincuyo
- ☐ ECOS Familiar San Antonio
- ☐ ECOS Familiar San Lorenzo
- ☐ ECOS Familiar Agua Zarca
- ☐ ECOS Familiar Animas
- ☐ ECOS Familiar Apastepeque
- ☐ ECOS Familiar Calderas
- ☐ ECOS Familiar Chagüite
- ☐ ECOS Familiar Chiltiupan
- ☐ ECOS Familiar Copinolapa
- ☐ ECOS Familiar El Carrizal
- ☐ ECOS Familiar El Chaperno
- ☐ ECOS Familiar El Júcaro
- ☐ ECOS Familiar El Peñón

- ☐ ☐ ECOS Familiar Escuela El Rodeo
☐ ECOS Familiar Familiar Chunte
☐ ECOS Familiar Guachipilín
☐ ECOS Familiar Guajoyo
☐ ECOS Familiar Hoyos
☐ ECOS Familiar Huertas
☐ ECOS Familiar Ilobasco
☐ ECOS Familiar Intermedia El Sauce
☐ ECOS Familiar La Esperanza
☐ ECOS Familiar La Labranza
☐ ECOS Familiar La Loma
☐ ECOS Familiar La Magdalena
☐ ECOS Familiar Las Minas
☐ ECOS Familiar Las Palmeras
☐ ECOS Familiar Las Termópilas
☐ ECOS Familiar Llano Grande
☐ ECOS Familiar Los Llanitos
☐ ECOS Familiar Maquilishuat El Limón
☐ ECOS Familiar Maquilishuat Santa Lucía
☐ ECOS Familiar Monte San Juan
☐ ECOS Familiar Pandiadura
☐ ECOS Familiar Potreros
☐ ECOS Familiar Río Grande
☐ ECOS Familiar San Antonio Masahuat
☐ ECOS Familiar San Carlos Lempa
☐ ECOS Familiar San Cristóbal
☐ ECOS Familiar San Esteban Catarina
☐ ECOS Familiar San Felipe
☐ ECOS Familiar San Francisco del Monte
☐ ECOS Familiar San Francisco Iraheta
☐ ECOS Familiar San Gregorio
☐ ECOS Familiar San Ildefonso
☐ ECOS Familiar San Jacinto
☐ ECOS Familiar San Jacinto La Burrera
☐ ECOS Familiar San José
☐ ECOS Familiar San Lorenzo
☐ ECOS Familiar San Nicolás
☐ ECOS Familiar San Nicolás
☐ ECOS Familiar San Nicolás
☐ ECOS Familiar San Nicolás Lempa
☐ ECOS Familiar San Pedro
☐ ECOS Familiar San Rafael
☐ ECOS Familiar Santa Cruz Paraíso
☐ ECOS Familiar Santa Cruz Portillo
☐ ECOS Familiar Santa María Ostuma
☐ ECOS Familiar Santa Marta
☐ ECOS Familiar Santa Rosita
☐ ECOS Familiar Sensuntepeque
☐ ECOS Familiar Sitio Viejo
☐ ECOS Familiar Sociedad
☐ ECOS Familiar Soledad
☐ ECOS Familiar Tacuba
☐ ECOS Familiar Talpetate
☐ ECOS Familiar Taquillo "Ing. Orlando Recinos"
☐ ECOS Familiar Tecoluca
☐ ECOS Familiar Tehuacan
☐ ECOS Familiar Tejutepeque
☐ ECOS Familiar Valle La Puerta
☐ ECOS Familiar y Especializado
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Francisco Menéndez"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. José Luís Saca"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "San Rafael"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Gertrudis"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Teresa"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Cojutepeque
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Santa Rosa de Lima
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Sensuntepeque
☐ Unidad de Salud
☐ Unidad de Salud: San Antonio Masahuat
☐ Unidad de Salud: Sociedad
☐ Unidad de Salud: El Sauce
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

4. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

5. Identificación 1 del entrevistador

6. Identificación 2 del entrevistador

Busque a la persona responsable de la unidad médica o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la médica. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Estamos un diagnóstico de los servicios de salud con el propósito de contribuir a mejorarlos. Su unidad médica ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

El Ministerio de Salud de El Salvador ha dado ya su aprobación para la conducción de este diagnóstico. Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registraran, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el MINSAL u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta unidad médica también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su unidad médica no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la unidad médica. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el MINSAL.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más adecuada para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Tengo su consentimiento para continuar?

7. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Las Características Generales del Establecimiento

8. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ ECOS Familiar
☐ ECOS Especializado & Familiar
☐ Hospital

9. ¿Con cuántos ECOS familiares cuenta esta unidad de salud?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2

10. ¿De qué hora a qué hora da servicio esta unidad de salud?

De AM a PM o

11. ¿Esta unidad médica ofrece servicios todos los días en los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

12. ¿Tiene médicos disponibles con una llamada telefónica los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.
☐ Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

13. ¿Cuenta esta unidad médica con un equipo médico de visita domiciliar? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

14. ¿Normalmente reciben pacientes referidos o enviados desde otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

15. ¿Desde que tipo de unidad médica reciben pacientes referidos o enviados?

SELLECCIONE TODAS LOS QUE APLICAN

- ☐ ECOS familiares
☐ ECOS especializados
☐ Hospitales
☐ Otro tipo no menciona
☐ No sabe
☐ No contesta

16. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

17. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

18. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

19. Especifique de que unidad médica les refiere pacientes:

20. Especifique de que unidad médica les refiere pacientes:

21. Especifique de que unidad médica les refiere pacientes:

22. ¿Normalmente envían o refieren pacientes a otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

23. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

24. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

25. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

26. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

27. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

28. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

Por favor dígame si esta unidad médica cuenta con el siguiente personal

29. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Pediatras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encargada de farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educadores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado

Parteras	<input type="checkbox"/>					
Trabajadoras sociales	<input type="checkbox"/>					
Técnicos de laboratorio	<input type="checkbox"/>					

31. Presente
- Encargados de mantenimiento de equipos ☐
- Encargados de mantenimiento de edificio ☐

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta unidad, si están disponibles para venir si se les llama, y cuántos están disponibles para venir.

32.	Presente	Número	Disponible si es llamado 24 h 7 días a la semana	Número
Internista	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ginecobstetras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cirujanos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Anestesiólogos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Técnico radiólogo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

33. Es necesario volver a las tablas de arriba en un momento posterior, ya que no podían recoger los datos necesarios en este momemnto?

- ☐ Sí
- ☐ No

Por favor dígame si el **ECOS especializado** de esta unidad médica cuenta con el siguiente personal

34. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="checkbox"/>					
Enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>					
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>					

Por favor dígame si el **ECOS familiar** de esta unidad médica cuenta con el siguiente personal

Por favor dígame si el primer **ECOS familiar** de esta unidad médica cuenta con el siguiente personal

35. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="checkbox"/>					
Enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>					
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>					

Por favor dígame si el segundo **ECOS familiar** de esta unidad médica cuenta con el siguiente personal

36. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="checkbox"/>					
Enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>					
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>					
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>					

37. ¿A qué distancia les queda el banco de sangre más cercano?

Duración:

- ☐ En vehículo: minutos
 - ☐ A pie: minutos
 - ☐ El banco de sangre encuentra en la unidad
 - ☐ No se usa el servicio de banco de sangre
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

38. ¿Tienen acceso a sangre segura?

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

39. ¿Tiene esta unidad servicio de luz?

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

40. ¿Tiene la energía eléctrica la suficiente potencia para mantener funcionando a todos los equipos de esta unidad?

- ☐ Sí, todos los equipos
 - ☐ Solo algunos equipos
 - ☐ Ningún equipo
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

41. En un día normal, ¿cuántas horas al día la unidad médica cuenta con energía eléctrica?

- ☐ Todo el tiempo
 - ☐ Anote el número de horas
 - ☐ No sabe
 - ☐ No responde
-

42. Durante la semana pasada, mientras la unidad médica estuvo abierta (incluyendo la atención de servicio de urgencias) ¿cuántos días se quedó sin electricidad por al menos dos horas?

- ☐ No hubo interrupciones en la energía eléctrica.
 - ☐ Número total de días
 - ☐ No sabe
 - ☐ No responde
 - ☐ No aplica
-

43. ¿Cuáles son las fuentes de electricidad para este centro? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):

- ☐ Red publica
 - ☐ Suministro privado
 - ☐ Generador en el centro
 - ☐ Generador solar
 - ☐ Otra fuente (especifique)
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

44. ¿Esta unidad médica cuenta con planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
 - ☐ Sí, pero no funciona
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

45. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

46. ¿Cuenta con combustible todo el tiempo para echar a andar la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

47. ¿Esta unidad médica cuenta con alguna fuente de abastecimiento de agua? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

48. ¿De dónde sacan el agua para esta unidad médica? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

- ☐ Agua entubada
- ☐ Pozo publico
- ☐ Pozo protegido dentro de la unidad
- ☐ Pozo no protegido
- ☐ Bomba manual
- ☐ Agua embotellada
- ☐ Camión cisterna o pipa
- ☐ Agua de lluvia
- ☐ Otras
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

49. ¿Tiene esta unidad conexión a internet?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

50. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la unidad médica se relaciona con la comunidad.

¿Esta unidad de salud cuenta con un comité de traslado intersectorial? Es decir, un comité que trabaja en conjunto con la unidad de salud para facilitar la logística del transporte de emergencias de mujeres y neonatos. Por activo, me refiero a que se reunió o realizó un transporte en los últimos 3 meses

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

51. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir los asuntos administrativos y de gestión de la unidad?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

52. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir los asuntos administrativos y de gestión?

- ☐ Mensualmente o más seguido
- ☐ Cada 2-3 meses
- ☐ Cada 4-6 meses
- ☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

53. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de los asuntos administrativos y de gestión?

- ☐ Sí
- ☐ Sí, cuando es necesario
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

54. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de cada reunión interna en la unidad médica?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
- ☐ Autoridades municipales
- ☐ Autoridades de salud
- ☐ Otras (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

55. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir temas médicos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

56. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir temas médicos?

- ☐ Mensualmente o más seguido
- ☐ Cada 2-3 meses
- ☐ Cada 4-6 meses
- ☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

57. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
 - ☐ Sí, cuando es necesario
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

58. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de las reuniones de discusión de temas médicos?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

59. ¿Tiene esta unidad servicio de hospitalización?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

60. Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos servicios adicionales que en esta unidad médica son proporcionados a los pacientes y sus familiares.

¿Se les proporciona alimentos a los pacientes que son hospitalizados o internados aunque sea por algunas horas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

61. Se les permite a los familiares permanecer junto al paciente?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

62. ¿Qué tipo de facilidades se les brindan a los familiares de los pacientes?

- ☐ Solo alimentos
☐ Lugar donde dormir
☐ Alimentos y lugar donde dormir
☐ Albergues
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ Ninguna
☐ No sabe
☐ No contesta

La Educación y Capacitación del Personal

Ahora le voy a preguntar sobre los cursos de capacitación que se imparten dentro de esta unidad médica para el personal médico que labora aquí. Le voy a leer el nombre del curso y sus contenidos y usted me dirá si se ha impartido alguna vez, en los últimos 3 años o en los últimos 12 meses. Las preguntas acerca de los cursos se refieren al curso más reciente.

Por favor, no incluya cursos de capacitación que se imparten en otras unidades médicas.

Anote los siguientes códigos:

63.	CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién fue la persona principal que impartió el curso?
	Entrenamiento sobre inmunizaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cuidado del recién nacido (cuidado del cordón, control de temperatura, alimentación al seno materno, resucitación neonatal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
64.	CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién fue la persona principal que impartió el curso?
	Cuidados básicos en urgencias obstétricas y neonatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al nacimiento, sepsis, asfisia).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

65. CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién fue la persona principal que impartió el curso?
Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atención prenatal y posnatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

66. Es necesario volver a la tabla de arriba en un momento posterior, ya que no podían recoger los datos necesarios en este momemnto?

- ☐ Sí
☐ No

67. ¿Reciben a estudiantes u otro personal para entrenamiento en esta unidad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

68. ¿Quiénes vienen a entrenarse? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- ☐ Estudiantes de pregrado
☐ Internos de pregrado
☐ Pasantes de servicio social
☐ Residentes de especialidad
☐ Estudiantes de enfermería
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Licenciamiento y Certificación

69. ¿Ha sido tiene licencia esta unidad por el Ministerio de Salud?

- ☐ Si
☐ Licenciamiento en trámite
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

70. ¿Podría enseñarme una copia del certificado de licenciamiento?

- ☐ Observada
☐ No observada
☐ Rechazó mostrarla

71. ¿Cuándo fue acreditada esta unidad?

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrada

Servicios de Atención Prenatal

72. ¿Esta unidad médica ofrece servicios de atención prenatal?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

73. ¿Quién ofrece los servicios de atención prenatal? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Coordinador de salud comunitaria

- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Atención del parto y del recién nacido

74. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de atención del parto y atención del recién nacido

¿Esta unidad médica tiene la capacidad para atender partos eutócicos de manera rutinaria (no de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

75. ¿Atiende esta unidad partos eutócicos de manera rutinaria (no incluya nacimientos de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

76. ¿Se atienden nacimientos en la unidad de salud, en los hogares o en ambos?

- ☐ Sólo en la unidad de salud
- ☐ Sólo en los hogares de las mujeres
- ☐ En la unidad de salud y en los hogares
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

77. Aunque esta unidad médica no atiende partos de manera rutinaria, ¿atendió algún parto de urgencia en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

78. ¿Alguna persona acompaña a la mujer a la atención de su parto en la unidad médica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

79. ¿Quién acompaña a la mujer?

- ☐ Trabajadora comunitaria de salud
- ☐ Partera
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Atención posnatal

80. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en esta unidad médica

¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas posterior del parto de manera rutinaria)?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

81. ¿Quién proporciona la atención posnatal a las mujeres inmediatamente después del parto? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Coordinador comunitario de salud
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

82. ¿Quién proporciona el cuidado postnatal para el recién nacido inmediatamente después del parto? (Seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Coordinador comunitario de salud
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Servicios de salud infantil

83. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención a la salud infantil que se ofrecen en esta unidad médica.

¿Esta unidad médica ofrece atención para niños menores de 5 años de edad, ya sea en la clínica, en la comunidad o en la escuela?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Logística de vacunación

84. ¿Esta unidad médica proporciona servicios de vacunación?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

85. ¿Esta unidad médica proporciona servicios de vacunación para niños menores de 5 años de edad?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

86. ¿Esta unidad almacena rutinariamente alguna vacuna, o se recogen todas sus vacunas de otro establecimiento o se las envían cuando se están proporcionando los servicios?

[Almacenar vacunas durante 1 o 2 días solamente para su uso inmediato no se considera como almacenamiento de vacunas]

- ☐ Almacena vacunas
- ☐ Se recogen de otra unidad médica
- ☐ Se las envían cuando se proporcionan los servicios
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

87. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de cada vacuna y la pide, o la cantidad de vacuna que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.
- ☐ En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.
- ☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

88. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada vacuna que requieren, de la misma manera para cada tipo de vacuna?

- ☐ Sí, de la misma manera
- ☐ No, es diferente para cada tipo de vacuna.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

89. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de las siguientes vacunas?

(Seleccione una para cada vacuna)

(ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE PARA CADA VACUNA EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta	No aplican esa vacuna
Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

90. Es necesario volver a la tabla de arriba en un momento posterior, ya que no podían recoger los datos necesarios en este momemnto?

- ☐ Sí
- ☐ No

91. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir vacunas?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
- ☐ Pide cuando es necesario

- ☐ Otro (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

92. ¿En promedio, cuánto tardan en recibir su pedido de vacunas después de que las han solicitado?

- ☐ Número de días
- ☐ Número de semanas
- ☐ Número de meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

93. Si hay escasez de alguna vacuna en particular en el tiempo entre dos pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ La unidad médica la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Esta unidad medica la pide prestada a otra unidad médica
- ☐ No hacen nada, no hay nada qué hacer
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

94. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de vacunas que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Casi nunca
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

95. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin vacunas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

96. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

97. En esta unidad médica, ¿cuántos termos / caja frios de transporte de vacunas tiene disponibles?

- ☐ Uno
- ☐ Dos o más
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

98. ¿Hay paquetes de hielo (pinguino) para transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
- ☐ Sí, dos o más juegos
- ☐ No, se usa hielo comprado
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

99. En los últimos seis meses, ¿cuál o cuáles de las siguientes vacunas estuvieron escasas?

Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	-- Seleccione uno --
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Polio	-- Seleccione uno --
Vacuna SRP (o MMR en inglés)	-- Seleccione uno --
Influenza	-- Seleccione uno --
Rotavirus	-- Seleccione uno --
Conjugado neumocócico	

	-- Seleccione uno --
BCG para niños prematuros	-- Seleccione uno --

100. Es necesario volver a la tabla de arriba en un momento posterior, ya que no podían recoger los datos necesarios en este momento?

- ☐ Sí
☐ No

Servicios de planificación familiar

101. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de planificación familiar.

¿Esta unidad médica ofrece servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos o asesoramiento sobre métodos naturales de planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

102. ¿Esta unidad médica ofrece consejería individual a cada mujer o pareja sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

103. ¿Esta unidad médica ofrece charlas educativas mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

104. ¿Cuenta esta unidad con médico capacitado para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

105. ¿Cuenta esta unidad con médico capacitado para realizar oclusión tubaria bilateral (OTB) o ligadura de trompas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

106. ¿Cuenta esta unidad con médico capacitado para realizar vasectomía?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

107. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en esta unidad?

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Inyectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Inyectable sólo de progestina (2 ó 3 por mes) (por ej., Depo o Microgynon)	-- Seleccione uno --
Parche anticonceptivo	-- Seleccione uno --
Preservativo femenino	-- Seleccione uno --
Dispositivo intrauterino	-- Seleccione uno --

108. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en esta unidad?

Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espermicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de emergencia	-- Seleccione uno --
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de	

trompas

-- Seleccione uno --



109. Es necesario volver a la tabla de arriba en un momento posterior, ya que no podían recoger los datos necesarios en este momento?

- ☐ Sí
☐ No

110. ¿Proporcionan asesoría sobre métodos de planificación familiar naturales (ritmo por ejemplo)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

111. ¿Se ofrecen o se recomiendan condones masculinos, ya sea que se consideren o no como un método de planificación familiar?

- ☐ Se ofrecen
☐ Se ofrecen y se recomiendan
☐ Se recomiendan pero no se ofrecen
☐ Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar
☐ No se recomiendan ni se ofrecen
☐ No sabe
☐ No contesta

112. En esta unidad médica ¿El asesoramiento sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

113. En esta unidad médica, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Suministro de anticonceptivos

114. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del abasto de métodos anticonceptivos. ¿Esta unidad almacena rutinariamente métodos anticonceptivos, o los recoge de alguna otra unidad u oficina cuando van a ser proporcionados?

[Mantener los anticonceptivos 1 ó 2 días para uso inmediato no se considera como almacenamiento de métodos anticonceptivos.]

- ☐ Sí almacena métodos anticonceptivos
☐ No, los traen de otra unidad cuando van a ser aplicados
☐ No sabe
☐ No contesta

115. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de métodos anticonceptivos y los pide, o la cantidad de anticonceptivos que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

116. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada método anticonceptivo que requieren, de la misma manera para cada tipo de anticonceptivo?

- ☐ Sí, de la misma manera
☐ No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.
☐ No sabe
☐ No contesta

117. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de los siguientes métodos de planificación familiar?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y ANOTE EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

118. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir métodos anticonceptivos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo. Cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Lo define un proveedor externo
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

119. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de métodos anticonceptivos después de que los han solicitado? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ Número de meses
☐ No sabe
☐ No contesta

120. Si hay escasez de algún método anticonceptivo en específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La unidad médica la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Se pide prestada a otra unidad médica
☐ No sabe
☐ No contesta

121. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de métodos anticonceptivos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

122. En los últimos seis meses, ¿cuál de los siguientes métodos anticonceptivos estuvo escaso?

(ANOTE LA RESPUESTA PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

123. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin métodos anticonceptivos? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

- ☐ No contesta

Abasto de medicamentos

124. Ahora me gustaría preguntarle acerca del sistema que tiene esta unidad médica para abastecerse de medicinas.

¿Quién opera la farmacia? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ MINSAL
☐ Gestore a cargo de esta unidad
☐ Otra (ESPECIFIQUE)
☐ No cuentan con farmacia
☐ No sabe
☐ No contesta

125. ¿Esta unidad médica determina la cantidad de cada medicamento que necesita y las pide, o la cantidad que recibe de cada medicamento es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

126. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir medicamentos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Proveedor externo
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

127. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de medicamentos después de que los han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ Número de meses
☐ No sabe
☐ No contesta

128. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La unidad médica la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Esta unidad medica lo pide prestado a otra unidad médica
☐ No sabe
☐ No contesta

129. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de medicamentos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ Nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

130. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iban a agotar algunos medicamentos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Control de Infecciones

131. Ahora me gustaría preguntarle acerca del control de infecciones en esta unidad médica.

¿Se reutilizan las jeringas para aplicar inyecciones o extraer sangre a los pacientes?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

132. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el procedimiento final que se usa más comúnmente para la **desinfección de las jeringas** antes de reutilizarlas? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Esterilización con calor seco
☐ Esterilización en autoclave

- ☐ Esterilización mediante hervor
- ☐ Esterilización con vapor
- ☐ Método químico
- ☐ No se esterilizan
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

133. ¿Qué procedimiento se utiliza para **desinfectar y limpiar otros equipos** antes de ser reutilizado?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

[Haga preguntas, si es necesario, para determinar la respuesta correcta.]

- ☐ Sumergir en solución desinfectante y luego frotar con un cepillo con agua y jabón
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón y después sumergir en desinfectante
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón solamente
- ☐ Sumergir en desinfectante, sin frotar con un cepillo
- ☐ Limpiar con agua y jabón, sin frotar con un cepillo
- ☐ Nunca se reutiliza ningún equipo
- ☐ No descontaminar
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

134. ¿Existe en la unidad médica algún manual sobre cómo descontaminar equipos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

135. ¿Cuenta esta unidad médica con incinerador que cumple con las especificaciones sanitarias?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

136. ¿Cuál es el método final que se utiliza más comúnmente para **esterilizar** equipo médico (tal como espéculos vaginales, fórceps o instrumentos quirúrgicos, etcétera) antes de reutilizarlos?

[Si se utilizan distintos métodos para distintos tipos de equipos, indique el/los método(s) que se utilizan para los equipos de metal tales como equipo de cirugía menor y fórceps]

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN):

- ☐ Esterilización con calor seco
- ☐ Esterilización en autoclave
- ☐ Esterilización mediante hervor
- ☐ Esterilización con vapor
- ☐ Método químico
- ☐ Procesado fuera del establecimiento
- ☐ Nunca se esteriliza el equipo médico
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

137. En esta unidad médica, ¿Cuál es el procedimiento que utilizan para desechar las cajas con agujas y otros objetos punzantes?

(por ejemplo, las agujas usadas)

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
- ☐ Se queman a cielo abierto
- ☐ Las tiran sin quemar
- ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
- ☐ Nunca tienen desechos de agujas o de objetos punzantes
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

138. En esta unidad médica ¿Cómo se desechar los productos biológicos de riesgo como vendas y gasas?

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
 - ☐ Se queman a cielo abierto
 - ☐ Las tiran sin quemar
 - ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
 - ☐ Nunca tienen desechos de productos biológicos de riesgo como vendas y gasas
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
 - ☐ No aplica
-

139. En esta unidad médica ¿Qué tan seguido se desechan los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta
- ☐ No aplica

140. ¿Esta unidad médica tiene un contrato con otra unidad médica o compañía para desechos los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Si se cuentan con un contrato con una compañía privada o unidad medica
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

141. ¿Qué tan seguido los desechos biológicos de riesgo son recogidos o enviados a esa otra unidad médica o compañía?

- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Número de días en un mes:
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Información de registros o reportes

142. En esta unidad médica, ¿se prepara algún reporte para evaluar su propio desempeño, que no sean los informes que se dan al sistema de información (PAO)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

143. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del último reporte de evaluación de su propio desempeño (PAO)?

- ☐ Sí, lo entrega.
- ☐ No desea enseñarlo
- ☐ No lo tiene o no lo encuentra

Con esto llegaríamos al final de la entrevista, y le pediríamos autorización para avanzar en el siguiente componente de esta visita, que es una observación de las áreas físicas de esta unidad

Ahora ha llegado al final del CUESTIONARIO. Según nuestros registros, ha indicado que los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más cuadros de este módulo. Se puede ir de nuevo a las tablas incompletas ahora.

144. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

- ☐ La tabla de tipos de personal
- ☐ Logística de vacunación
- ☐ Servicios de planificación familiar
- ☐ Al final de la encuesta

145. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.