



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: GEOGRAPHY
Contains: GEO_REC_NUM, GEO_LAT, GEO_LONG, GEO_ALTITUDE

Sistema de Posicionamiento Global

Question: GEO_REC_NUM
Required



1. Escriba el número del receptor GPS

Question: GEO_LAT
Required



2. Escriba las coordenadas de la latitud:

(Por ejemplo: N 12.12684)

N

Question: GEO_LONG
Required



3. Escriba las coordenadas de la longitud:

(Por ejemplo: W 086.26488)

W

Question: GEO_ALTITUDE



4. Escriba la altitud (en metros):

 Metros

Collection: LOG_IN
Contains: DEPT_ID, MUNICIPI_ID, FACILITY_ID, DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2, CONSENT_OBTAINED

Question: DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Ahuachapan	
1	Cabañas	
5	Cuscatlan	
4	La Libertad	
8	La Paz	
3	La Union	
2	Morazan	
6	San Vicente	
995	Otro	



5. Identificación del Departamento:

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

Question: MUNICIPI_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	(DEPT_ID = 7: [Ahuachapan])
6	Apastepeque	(DEPT_ID = 6: [San Vicente])
3	Chiltiupan	(DEPT_ID = 4: [La Libertad])
17	Cojutepeque	(DEPT_ID = 5: [Cuscatlan])
2	El Sauce	(DEPT_ID = 3: [La Union])
12	Ilobasco	(DEPT_ID = 1: [Cabañas])
14	La Libertad	(DEPT_ID = 4: [La Libertad])
5	Monte San Juan	(DEPT_ID = 5: [Cuscatlan])
10	San Antonio Masahuat	(DEPT_ID = 8: [La Paz])
4	San Cristobal	(DEPT_ID = 5: [Cuscatlan])
8	San Esteban Catarina	(DEPT_ID = 6: [San Vicente])
21	San Francisco Gotera	(DEPT_ID = 2: [Morazan])
7	San Ildefonso	(DEPT_ID = 6: [San Vicente])
16	San Vicente	(DEPT_ID = 6: [San Vicente])
9	Santa Maria Ostuma	(DEPT_ID = 8: [La Paz])
23	Santa Rosa de Lima	(DEPT_ID = 3: [La Union])
0	Sensuntepeque	(DEPT_ID = 1: [Cabañas])
1	Sociedad	(DEPT_ID = 2: [Morazan])
11	Tacuba	(DEPT_ID = 7: [Ahuachapan])
20	Tecolulca	(DEPT_ID = 6: [San Vicente])
15	Tejutepeque	(DEPT_ID = 1: [Cabañas])
18	Zacatecoluca	(DEPT_ID = 8: [La Paz])
995	Otro	




6. 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)

Question: FACILITY_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		
132		
133		
134		
135		
136		
137		
138		
139		
140		
141		
142		
143		
144		
145		
146		
147		
148		
149		
150		
151		
152		
153		
154		
155		
156		
157		
158		
159		
160		
161		
162		
163		
164		
165		
166		
167		
168		
169		
170		
171		
172		
173		
174		
175		
176		
177		
178		
179		
180		
181		
182		
183		
184		
185		
186		
187		
188		
189		
190		
191		
192		
193		
194		
195		
196		
197		
198		
199		
200		
201		
202		
203		
204		
205		
206		
207		
208		
209		
210		
211		
212		
213		
214		
215		
216		
217		
218		
219		
220		
221		
222		
223		
224		
225		
226		
227		
228		
229		
230		
231		
232		
233		
234		
235		
236		
237		
238		
239		
240		
241		
242		
243		
244		
245		
246		
247		
248		
249		
250		
251		
252		
253		
254		
255		
256		
257		
258		
259		
260		
261		
262		
263		
264		
265		
266		
267		
268		
269		
270		
271		
272		
273		
274		
275		
276		
277		
278		
279		
280		
281		
282		
283		
284		
285		
286		
287		
288		
289		
290		
291		
292		
293		
294		
295		
296		
297		
298		
299		
300		
301		
302		
303		
304		
305		
306		
307		
308		
309		
310		
311		
312		
313		
314		
315		
316		
317		
318		
319		
320		
321		
322		
323		
324		
325		
326		
327		
328		
329		
330		
331		
332		
333		
334		
335		
336		
337		
338		
339		
340		
341		
342		
343		
344		
345		
346		
347		
348		
349		
350		
351		
352		
353		
354		
355		
356		
357		
358		
359		
360		
361		
362		
363		
364		
365		
366		
367		
368		
369		
370		
371		
372		
373		
374		
375		
376		
377		
378		
379		
380		
381		
382		
383		
384		
385		
386		
387		
388		
389		
390		
391		
392		
393		
394		
395		
396		
397		
398		
399		
400		
401		
402		
403		
404		
405		
406		
407		
408		
409		
410		
411		
412		
413		
414		
415		
416		
417		
418		
419		
420		
421		
422		
423		
424		
425		
426		
427		
428		
429		
430		
431		
432		
433		
434		
435		
436		
437		
438		
439		
440		
441		
442		
443		
444		
445		
446		
447		
448		
449		
450		
451		
452		
453		
454		
455		
456		
457		
458		
459		
460		
461		
462		
463		
464		
465		
466		
467		
468		
469		
470		
471		
472		
473		
474		
475		
476		
477		
478		
479		
480		
481		
482		
483		
484		
485		
486		
487		
488		
489		
490		
491		
492		
493		
494		
495		
496		
497		
498		
499		
500		
501		
502		
503		
504		
505		
506		
507		
508		
509		
510		
511		
512		
513		
514		
515		
516		
517		
518		
519		
520		
521		
522		
523		
524		
525		
526		
527		
528		
529		
530		
531		
532		
533		
534		
535		
536		
537		
538		
539		
540		
541		
542		
543		
544		
545		
546		
547		
548		
549		
550		
551		
552		

 7. Identificación del Establecimiento:

10

- _____

[illegible]

Question: DATE
Required

8. Fecha: (DD/MM/AAAA)

Question: INTERVW_ID1
Required

9. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2

10. 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 unidad 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 registrarán, 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?

Question: CONSENT_OBTAINED

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 11. ¿Se obtuvo consentimiento?

☐ Sí

☐ No

Jump-To: JMP1

Description:

Jump-To-Item: END

Jump-If: (CONSENT_OBTAINED = 0:[No])

Collection: QUESTIONNAIRE

Contains: FACILITY_CHARACTERISTICS, FACILITY_SUPERVISION, EDUCATION_TRAINING, ANTENATAL_CARE, DELIVERY_CARE, POSTNATAL_CARE, CHILD_HEALTH_SERVICES1, VACCINE_LOGISTICS, FAMILY_PLANNING1, CONTRACEPTIVE_SUPPLIES, MEDICINE_SUPPLIES, INFECTION_CONTROL, DATA_EVAL, JUMPS, COMMENT_QUEST

Collection: FACILITY_CHARACTERISTICS


Contains: FAC_TYPE, NUM_ECOS_FAM, OP_DAYS, SERV_24_7_O, PER_24_7, FAC_MOB, AMBULANCE, REFRNET_REC, REFRNET_REC_ROUTDELIV, REFRNET_REC_ROUTMAT, REFRNET_REC_COMPDELIV, REFRNET_REC_COMPMAT, REFRNET_REC_TIPO, REFRNET_REC_NAME1, REFRNET_REC_NAME2, REFRNET_REC_NAME3, REFRNET_REC_NAME1_OTH, REFRNET_REC_NAME2_OTH, REFRNET_REC_NAME3_OTH, REFRNET_SEND, REFRNET_SEND_ROUTDELIV, REFRNET_SEND_ROUTMAT, REFRNET_SEND_COMPDELIV, REFRNET_SEND_COMPMAT, REFRNET_SEND_HOW, REFRNET_SEND_NAME1, REFRNET_SEND_NAME2, REFRNET_SEND_NAME3, REFRNET_SEND_NAME1_OTH, REFRNET_SEND_NAME2_OTH, REFRNET_SEND_NAME3_OTH, OUTREACH, OUTREACH_ACTIVITIES, OUTREACH_SRCH_WMN, OUTREACH_WMN_REG, ALL_PERSONNEL, DIVIDED_INTO_ECOS, TIME_BLOOD, AC_SAFE_BLOOD, ELECT, ELECT_POWER, ELECT_HRS, ELECT_DAYS, ELECT_SRC, EMER_GEN, EMER_GEN_WORK, EMER_GEN_FUEL, FAC_WAT, FAC_WAT_SOUR, INTER_ACCES, DEVICE_OWN, DEVICE_ACCESS, DEVICE_FUNC, EMER_COM, MEETINGS, HOS_SER, FOOD_PAT, ACOM_PER_STAY, ACOM_PER_SER

Las Características Generales del Establecimiento

Question: FAC_TYPE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar	
3	ECOS Especializado y Familiar	
4	Hospital	

 12. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de establecimiento de salud es éste?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ ECOS Familiar

☐ ECOS Especializado y Familiar


☐ Hospital

Question: NUM_ECOS_FAM

Required

Show if: (FAC_TYPE = 3:[ECOS Especializado y Familiar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	0	
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	

 13. ¿Con cuántos ECOS familiares cuenta este establecimiento?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ 0

☐ 1


☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5


Custom Layout Question: OP_TIME

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

De AM a PM o

Question: OP_DAYS

Minimum checks: 1

 15. ¿Qué días de la semana está abierta este establecimiento de salud?

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes


- ☐ Sábado
☐ Domingo
☐ Otro (especificar):
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: SERV_24_7_Q

Required

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  16. ¿Este establecimiento de salud ofrece servicios todos los días en los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?
- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: PER_24_7

Required

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.	
2	Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  17. ¿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

Question: FAC_MOB

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  18. ¿Cuenta este establecimiento de salud con un equipo médico de visita domiciliaria? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):
- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta


Collection: AMBULANCE

Contains: TRANS_AMB_AVAIL, TRANS_AMB_ACCESS, TRANS_AMB_USE, TRANS_AMB_NOREAS, TRANS_AMB_PAYHOME, TRANS_AMB_PAYFAC

Question: TRANS_AMB_AVAIL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  19. ¿Tiene este establecimiento de salud una(s) ambulancia(s)?
- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_ACCESS

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 0: [No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, disponible inmediatamente	
2	Sí, disponible en una hora	
3	Sí, disponible en dos horas	
4	Sí, disponible en un día	
5	Sí, disponible en mas que un día	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  20. ¿Tiene este establecimiento de salud acceso a una ambulancia?
- ☐ Sí, disponible inmediatamente
☐ Sí, disponible en una hora
☐ Sí, disponible en dos horas
☐ Sí, disponible en un día


- ☐ Sí, disponible en mas que un día
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_USE

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS = 1:[Sí, disponible inmediatamente])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 21. ¿Se puede usar la ambulancia para transportar pacientes?


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

Question: TRANS_AMB_NOREAS

Required

Show if: (TRANS_AMB_USE = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	No hay gasolina	
2	Sin conductor	
3	Problema mecánico	
4	Bloqueos causados por trastornos sociales	
5	Falta de equipo adecuado	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 22. Si no, ¿por qué no?

- ☐ No hay gasolina
- ☐ Sin conductor
- ☐ Problema mecánico
- ☐ Bloqueos causados por trastornos sociales
- ☐ Falta de equipo adecuado
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_PAYHOME

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS is-any-of 1:[Sí, disponible inmediatamente] or 2:[Sí, disponible en una hora] or 3:[Sí, disponible en dos horas] or 4:[Sí, disponible en un día] or 5:[Sí, disponible en mas que un día] or 995:[Otra (especificar)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 23. ¿Paga el paciente por el transporte en ambulancia de su casa o trabajo a este establecimiento de salud?


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

Question: TRANS_AMB_PAYFAC

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS is-any-of 1:[Sí, disponible inmediatamente] or 2:[Sí, disponible en una hora] or 3:[Sí, disponible en dos horas] or 4:[Sí, disponible en un día] or 5:[Sí, disponible en mas que un día] or 995:[Otra (especificar)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 24. ¿Paga el paciente por el transporte en ambulancia entre este establecimiento de salud y otras?

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

Question: REFRNET_REC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 25. ¿Normalmente reciben pacientes referidos o enviados desde otro establecimiento de salud? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_ROUTDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No Sabe	
-2	No contesta	

26. ¿Este establecimiento de salud recibe mujeres referidas para los partos rutinarios?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No Sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_ROUTMAT

Minimum checks: 1

Show if: (REFRNET_REC_ROUTDELIV = 1: [SI])

27. Si es así, ¿qué materiales se requieren cuando las mujeres son referidas a este centro para partos rutinarios?

- ☐ Hoja de referencia, retorno e interconsulta
☐ Expediente médico del paciente
☐ Pruebas de laboratorio
☐ Prueba de cobertura del seguro
☐ Otros documentos (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_COMPDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

28. ¿Este establecimiento de salud recibe mujeres referidas para partos complicados?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_COMPMAT

Minimum checks: 1

Show if: (REFRNET_REC_COMPDELIV = 1: [SI])

29. Si es así, ¿qué materiales se requieren cuando las mujeres son referidas a este centro para partos complicados?

- ☐ Hoja de referencia, retorno e interconsulta
☐ Expediente médico del paciente
☐ Pruebas de laboratorio
☐ Prueba de cobertura del seguro
☐ Otros documentos (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_TIPO

Minimum checks: 1

Show if: (REFRNET_REC = 1: [SI])

30. ¿Desde que tipo de establecimiento de salud reciben pacientes referidos o enviados?

SELLECCIONE TODAS LOS QUE APLICAN

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

Question: REFRNET_REC_NAME1

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

31. ¿De qué establecimiento de salud les refieren pacientes?

Indague el nombre del establecimiento:

-- Selezione uno --

Question: REFRNET_REC_NAME2

Show if: (REFRNET_REC = 1: [Si])

32. ¿De qué establecimientos de salud les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	[REDACTED]	[REDACTED]
2	[REDACTED]	[REDACTED]
3	[REDACTED]	[REDACTED]
4	[REDACTED]	[REDACTED]
5	[REDACTED]	[REDACTED]
6	[REDACTED]	[REDACTED]
7	[REDACTED]	[REDACTED]
8	[REDACTED]	[REDACTED]
9	[REDACTED]	[REDACTED]
10	[REDACTED]	[REDACTED]

33. ¿De qué establecimientos de salud les refieren pacientes?

Indague el nombre del establecimiento:

-- Seleccione uno --

34. Especifique de que establecimiento de salud les refiere pacientes:

35. Especifique de que establecimiento de salud les refiere pacientes:

Question: REFRNET_REC_NAME3_OTH

Required

Show if: (REFRNET_REC_NAME3 = 999:[Otro, especificar])

36. Especifique de que establecimiento de salud les refiere pacientes:

Question: REFRNET_SEND

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

37. ¿Normalmente envían o refieren pacientes a otro establecimiento de salud? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Question: REFRNET_SEND_ROUTDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

38. ¿Refiere a las mujeres para los partos rutinarios?

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

Question: REFRNET_SEND_ROUTMAT

Minimum checks: 1

Show if: (REFRNET_REC_ROUTDELIV = 1:[Si])

39. Si es así, ¿qué materiales se envían cuando las mujeres se refieren a otros establecimientos de salud para partos rutinarios?

- ☐ Hoja de referencia, retorno e interconsulta
- ☐ Expediente médico del paciente
- ☐ Pruebas de laboratorio
- ☐ Prueba de cobertura del seguro
- ☐ Otros documentos (especificar)
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_COMPDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

40. ¿Refiere a las mujeres para partos complicados?

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

Question: REFRNET_SEND_COMPMAT

Minimum checks: 1

Show if: (REFRNET_REC_COMPDELIV = 1:[Si])

41. Si es así, ¿qué materiales se envían cuando las mujeres se refieren a otros establecimientos de salud para partos complicados?

- ☐ Hoja de referencia, retorno e interconsulta
- ☐ Expediente médico del paciente
- ☐ Pruebas de laboratorio
- ☐ Prueba de cobertura del seguro
- ☐ Otros documentos (especificar)
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_HOW

Minimum checks: 1

42. ¿Cómo decide a qué establecimientos de salud se refiere pacientes?

- http://localhost:13124/Previewer/Survey.ashx?_x=localhost-internal-SLV_HF_CUESTIO... 9/21/2022

Show if: (REFRNET_SEND_NAME1 = 999:[Otro, especificar])

46. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

Question: REFRNET_SEND_NAME2_OTH

Required

Show if: (REFRNET_SEND_NAME2 = 999:[Otro, especificar])

47. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

Question: REFRNET_SEND_NAME3_OTH

Required

Show if: (REFRNET_SEND_NAME3 = 999:[Otro, especificar])

48. Especifique a que unidad médica refiere ustedes pacientes:

Question: OUTREACH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

49. ¿Realiza este establecimiento de salud alguna actividad comunitaria?

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

Question: OUTREACH_ACTIVITIES

Minimum checks: 1

Show if: (OUTREACH = 1:[Sí])

50. ¿Qué tipo de actividades comunitarias realiza este establecimiento de salud? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Vacunación
- ☐ Cuidado de los niños
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (general)
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (materna)
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (niño)
- ☐ Cuidado prenatal
- ☐ Seguimiento maternal
- ☐ Seguimiento del paciente
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: OUTREACH_SRCH_WMN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

51. ¿El personal de este centro realiza la búsqueda activa de mujeres embarazadas en las comunidades? Es decir, ¿se visitan casas en las comunidades dentro del área de influencia de la unidad de salud para identificar mujeres embarazadas?

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

Question: OUTREACH_WMN_REG

Required

Show if: (OUTREACH_SRCH_WMN = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

52. ¿Realiza este establecimiento de salud a un registro de mujeres embarazadas en su área influencia para su identificación y seguimiento?

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

Collection: ALL_PERSONNEL

Contains: CB_PERS2

Por favor dígame si este establecimiento de salud cuenta con el siguiente personal

Custom Layout Question: SERV_24_7_PART1

53. Tipo de Presente Número: Número de personas presentes en cada turno

personal

		Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Pediatras	<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"/>
Encargada de farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontólogos	<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"/>
Educadores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: SERV_24_7_PART2



54. Tipo de personal Presente Número: Número de personas presentes en cada turno

		Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Trabajadoras sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: SUP_STAFF2



55. Presente

Encargados de mantenimiento de equipos	<input type="checkbox"/>
Encargados de mantenimiento de edificio	<input type="checkbox"/>

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

Custom Layout Question: SUP_STAFF_24_7



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

Question: CB_PERS2

Required

Show if: (FAC_TYPE = 4: [Hospital]) or (FAC_TYPE = 3: [ECOS Especializado y Familiar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Sí
- ☐ No

Collection: DIVIDED_INT0_ECOS

Contains:

Por favor dígame si el [ECOS especializado](#) de este establecimiento de salud cuenta con el siguiente personal

Custom Layout Question: SERV_24_7_ESPECIALIZADO



58. Tipo de personal Presente Número: Número de personas presentes en cada turno

		Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor dígame si el [ECOS familiar](#) de este establecimiento de salud cuenta con el siguiente personal

Por favor dígame si el primer [ECOS familiar](#) de este establecimiento de salud cuenta con el siguiente personal

Custom Layout Question: SERVEC01_24_7_ECOS1



59. Tipo de personal Presente Número: Número de personas presentes en cada turno

		Mañana	Tarde	Noche	Sábado
--	--	--------	-------	-------	--------

Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor dígame si el segundo **ECOS familiar** de este establecimiento de salud cuenta con el siguiente personal

Custom Layout Question: SERVECO2_24_7_ECOS2

60. Tipo de personal Presente Número: Número de personas presentes en cada turno

		Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polivalente / motorista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question: TIME_BLOOD
Minimum checks: 1

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

Duración:

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

Question: AC_SAFE_BLOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

62. ¿Tienen acceso a sangre segura?

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

Question: ELECT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

63. ¿Tiene este establecimiento energía eléctrica?

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

Question: ELECT_POWER
Required

Show if: (ELECT = 1: [Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, todos los equipos	
2	Solo algunos equipos	
0	Ningún equipo	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

64. ¿Tiene la energía eléctrica la suficiente potencia para mantener funcionando a todos los equipos de este establecimiento ?

- ☐ Si, todos los equipos
- ☐ Solo algunos equipos
- ☐ Ningún equipo

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Question: ELECT_HRS

Required

Show if: (ELECT = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Todo el tiempo	
2	Anote el número de horas	
-1	No sabe	
-2	No responde	

65. En un día normal, ¿cuántas horas al día el establecimiento de salud cuenta con energía eléctrica?

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

Question: ELECT_DAYS

Required

Show if: (ELECT = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No hubo interrupciones en la energía eléctrica.	
1	Número total de días	
-1	No sabe	
-2	No responde	
-3	No aplica	

66. Durante la semana pasada, mientras el establecimiento de salud estuvo abierto (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

Question: ELECT_SRC

Minimum checks: 1

Show if: (ELECT = 1:[SI])

67. ¿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

Question: EMER_GEN

Required

Show if: (ELECT = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	Sí, pero no funciona	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

68. ¿Este establecimiento de salud cuenta con planta de luz de emergencia?

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

Question: EMER_GEN_WORK

Required

Show if: (EMER_GEN = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

69. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta


Question: EMER_GEN_FUEL

Required

Show if: (EMER_GEN = 1:[SI])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  70. ¿Cuenta con combustible todo el tiempo para echar a andar la planta de luz de emergencia?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_WAT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  71. ¿Este establecimiento de salud cuenta con alguna fuente de abastecimiento de agua? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_WAT_SOUR
Minimum checks: 1


-  72. ¿De dónde sacan el agua para este establecimiento de salud? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)
- ☐ Agua entubada
- ☐ Pozo publico
- ☐ Pozo protegido dentro de la establecimiento
- ☐ Pozo no protegido
- ☐ Bomba manual
- ☐ Agua embotellada
- ☐ Camión cisterna o pipa
- ☐ Agua de lluvia
- ☐ Otras
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: INTER_ACCES
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  73. ¿Tiene este establecimiento conexión a internet?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_OWN
Minimum checks: 1

-  74. ¿Tiene este establecimiento de salud alguna de los siguientes equipos?
- (LEA LAS OPCIONES)
- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_ACCESS
Minimum checks: 1
Show if: (DEVICE_OWN is-any-of)

-  75. ¿Este establecimiento de salud tiene acceso a cualquiera de los siguientes?
- (LEA LAS OPCIONES)
- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_FUNC
Minimum checks: 1
Show if: (DEVICE_OWN is-any-of) or (DEVICE_ACCESS is-any-of)

76. ¿Funciona cualquiera de los siguientes equipos?



(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_COM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



77. 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

Collection: MEETINGS

Contains: MET_ROU, MET_ROU_OFTEN, KEEP_REC_ROU, REC_SUB_ROU, MET_MED, MET_MED_OFTEN, KEEP_REC_MED, REC_SUB_MED

Question: MET_ROU

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



78. En este establecimiento de salud ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir los asuntos administrativos y de gestión de la unidad?

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

Question: MET_ROU_OFTEN

Required

Show if: (MET_ROU = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



79. ¿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

Question: KEEP_REC_ROU

Required

Show if: (MET_ROU = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
2	Si, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



80. ¿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

Question: REC_SUB_ROU

Required

Show if: (KEEP_REC_ROU is-any-of 1:[Si] or 2:[Si, cuando es necesario])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No las presentan a ninguna autoridad	
1	Autoridades municipales	
2	Autoridades de salud	
995	Otras (especifique)	
-1	No sabe	

-2 No contesta

81. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de cada reunión interna en el establecimiento de salud?

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

Question: MET_MED

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

82. En este establecimiento de salud ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir temas médicos?

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

Question: MET_MED_OFTEN

Required

Show if: (MET_MED = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

83. ¿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

Question: KEEP_REC_MED

Required

Show if: (MET_MED = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
2	Si, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Question: REC_SUB_MED

Minimum checks: 1

Show if: (KEEP_REC_MED is-any-of 1:[Si] or 2:[Si, cuando es necesario])

85. ¿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

Question: HOS_SER

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	

86. ¿Tiene este establecimiento servicio de hospitalización?

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

☐ No aplica

Question: FOOD_PAT

Required

Show if: (HOS_SER = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

87. Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos servicios adicionales que en este establecimiento de salud 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

Question: ACOM_PER_STAY

Required

Show if: (HOS_SER = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Question: ACOM_PER_SER

Required

Show if: (HOS_SER = 1:[SI]) and (ACOM_PER_STAY = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Solo alimentos	
2	Lugar donde dormir	
3	Alimentos y lugar donde dormir	
4	Albergues	
995	Otro (ESPECIFIQUE)	
0	Ninguna	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

89. ¿Qué tipo de servicios 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

Collection: FACILITY_SUPERVISION

Contains: FAC_SUPERVISED, FAC_SUPER_WHO, FAC_SUPER_NUM_VIS, FAC_EVAL_REP, FAC_EVAL_REP_SEE, HUM_RES_EVAL, HUM_RES_EVALYR, HUM_RES_EVALWHO

Visitas de supervisión

Question: FAC_SUPERVISED

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

90. ¿Alguna vez ha recibido una visita de supervisión en este establecimiento de salud?

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

Question: FAC_SUPER_WHO

Required

Show if: (FAC_SUPERVISED = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Administración del establecimiento de salud	
2	Jeefe de la jurisdicción	
3	Autoridad sanitaria municipal	
4	Autoridad sanitaria nacional	
5	Evaluador no gubernamental	
6	Evaluador externo	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	

-2 No contesta



91. ¿Quién lleva a cabo esta visita de supervisión?

- ☐ Administración del establecimiento de salud
- ☐ Jefe de la jurisdicción
- ☐ Autoridad sanitaria municipal
- ☐ Autoridad sanitaria nacional
- ☐ Evaluador no gubernamental
- ☐ Evaluador externo
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_SUPER_NUM_VIS

Required

Show if: (FAC_SUPERVISED = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
10	10	
11	11	
12	12	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



92. En los últimos 6 meses, ¿cuántas visitas de supervisión se realizaron en este establecimiento de salud?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_EVAL_REP

Required

Show if: (FAC_SUPERVISED = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	SI	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



93. ¿Se guardan registros o actas de cada visita de supervisión?

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

Question: FAC_EVAL_REP_SEE

Required

Show if: (FAC_EVAL_REP = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	SI	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



94. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del reporte, registro, o acta de la última visita de supervisión?

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

Question: HUM_RES_EVAL

Required

Show if: (FACILITY_TYPE = 2) or (FACILITY_TYPE = 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	SI	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

95. Desde 2012, ¿ha habido una evaluación formal de la capacidad de recursos humanos en este establecimiento de salud?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HUM_RES_EVALYR

Required

Show if: (HUM_RES_EVAL = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	2017	
2	2016	
3	2015	
4	2014	
5	2013	
6	2012	
0	No se realizó ninguna evaluación	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

96. ¿En qué año se llevó a cabo esta evaluación?

- ☐ 2017
☐ 2016
☐ 2015
☐ 2014
☐ 2013
☐ 2012
☐ No se realizó ninguna evaluación
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HUM_RES_EVALWHO

Required

Show if: (HUM_RES_EVAL = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Administración de la unidad de salud	
2	Jefe de la jurisdicción	
3	Autoridad sanitaria municipal	
4	Autoridad sanitaria nacional	
5	Evaluador no gubernamental	
6	Evaluador externo	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

97. ¿Quién llevó a cabo esta evaluación?

- ☐ Administración de la unidad de salud
☐ Jefe de la jurisdicción
☐ Autoridad sanitaria municipal
☐ Autoridad sanitaria nacional
☐ Evaluador no gubernamental
☐ Evaluador externo
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: EDUCATION_TRAINING

Contains: CB_CAP1, TRAIN_STUD, TYPE_TRAIN_STU, TRA_OTH_LOC, NEW_EQUIP, TRA_NEW_EQUIP, TRA_CULT, TRA_CULT_STFF, TRA_CULT_DEL, TRA_CULT_DEL_STFF

La Educación y Capacitación del Personal

Ahora le voy a preguntar sobre los cursos de capacitación que se imparten dentro de este establecimiento de salud 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 otros establecimientos médicos.

Anote los siguientes códigos:

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO1

98. CURSO	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	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"/>

Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI)	<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"/>

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO3

99. CURSO	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	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"/>

Manejo de complicaciones maternas				

(asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).

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

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO2

100. CURSO

	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	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).				

Atención prenatal y posnatal				

Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal				

Question: CB_CAP1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: TRAIN_STUD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

102. ¿Reciben a estudiantes u otro personal para entrenamiento en este establecimiento?

☐ Si

☐ No

☐ No sabe

☐ No contesta

Question: TYPE_TRAIN_STU

Minimum checks: 1

Show If: (TRAIN_STUD = 1:[SI])

103. ¿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

Question: TRA_OTH_LOC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

104. ¿El personal de este establecimiento de salud asiste a capacitaciones en otros lugares?

☐ Si

☐ No

☐ No sabe

☐ No contesta

Question: NEW_EQUIP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


105. ¿Ha recibido este establecimiento de salud equipo nuevo en los últimos 12 meses?

☐ Si

- ☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TRA_NEW_EQUIP
Required
Show if: (NEW_EQUIP = 1:[SI])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 106. ¿El personal que usará este equipo asiste a capacitaciones sobre cómo operarlo?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta


Question: TRA_CULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 107. ¿Recibe el personal capacitación sobre asuntos relacionados con sensibilidad cultural?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TRA_CULT_STFF
Minimum checks: 1
Show if: (TRA_CULT = 1:[SI])

 108. ¿Qué tipo de personal está capacitado en materia de sensibilidad cultural?

- ☐ médico
☐ médico especialista
☐ Enfermera profesional
☐ Recepcionistas y personal administrativo
☐ Enfermeras auxiliares
☐ Técnico de laboratorio
☐ Todo el personal
☐ No sabe
☐ No contesta


Question: TRA_CULT_DEL
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 109. ¿Recibe el personal capacitación en la provisión de servicios del parto culturalmente adaptados?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TRA_CULT_DEL_STFF
Minimum checks: 1
Show if: (TRA_CULT_DEL = 1:[SI])

 110. ¿Qué tipo de personal recibe capacitación sobre la provisión de servicios del parto culturalmente adaptados?

- ☐ médico
☐ médico especialista
☐ Enfermera profesional
☐ Recepcionistas y personal administrativo
☐ Enfermeras auxiliares
☐ Técnico de laboratorio
☐ Todo el personal
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: ANTENATAL_CARE
Contains: ANC_PNC

Servicios de Atención Prenatal

Question: ANC_PNC
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



111. ¿Este establecimiento de salud ofrece servicios de atención prenatal?

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

Collection: DELIVERY_CARE

Contains: CAP_DEL_SER, DEL_ATTEN, DEL_MATER_WARD, DEL_BEDS, CULTURE_ADAPT, LANG, DEL_PRO, NORM_DEL_SER, EMER_DEL, DEL_ACCOM, DEL_ACCOM_NAME, DEL_ACCOM_BIRTH, DEL_IP_CARE, DEL_IP_CARE_COSTS, TAMPONADE_USE_TRAIN, TAMPONADE_ASSEM_TRAIN, TAMPONADE_USE, TAMPONADE

Show if: (FAC_TYPE = 4:[Hospital])

Atención del parto y del recién nacido

Question: CAP_DEL_SER

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

¿Este establecimiento de salud tiene la capacidad para atender partos eutócicos de manera rutinaria (no de urgencias)?

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

Question: DEL_ATTEN

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



113. ¿Atiende este establecimiento partos eutócicos de manera rutinaria (no incluya nacimientos de urgencias)?

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

Question: DEL_MATER_WARD

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



114. ¿Tiene este establecimiento de salud área de maternidad?

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

Question: DEL_BEDS

Required

Show if: (FACILITY_TYPE > 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
-1	No sabe	
-2	No responde	



115. En total, ¿cuántas camas se pueden utilizar para nacimientos en este establecimiento de salud?

- ☐ Número:
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

Question: CULTURE_ADAPT

Minimum checks: 1



116. ¿Cuales de los siguiente realiza este establecimiento de salud?

- ☐ Cuenta con personal que hable la lengua local ademas de español
- ☐ Entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español
- ☐ Se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el trabajo de parto
- ☐ Se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el nacimiento
- ☐ Se le permite a la mujer vestirse como desea durante el trabajo de parto
- ☐ Se le permite a la mujer tomar líquidos durante el trabajo de parto

- ☐ Se le permite a la mujer caminar durante el trabajo de parto
- ☐ Se le entrega a la mujer la placenta si la solicita
- ☐ Se permite intimidación a la mujer durante el trabajo de parto
- ☐ Se permite intimidación a la mujer durante el nacimiento
- ☐ Se le explica a la mujer todos los procedimientos realizados por personal durante el trabajo de parto
- ☐ Se prohíbe que personal entre a la sala durante el trabajo de parto sin permiso de la mujer
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: LANG**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No responde	
-3	No aplica en esta region	

117. ¿Cuántos miembros del personal de salud del establecimiento hablan alguna lengua indígena de la región?

- ☐ Número:
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No responde
- ☐ No aplica en esta region

Question Block: DEL_PRO**Contains:** DEL_PRO_BED, DEL_PRO_CHAIR, DEL_PRO_STAND, DEL_PRO_KNEES, DEL_PRO_SQUAT, DEL_PRO_SIT, DEL_PRO_ROPE, DEL_PRO_VERT, DEL_PRO_COMP, DEL_PRO_LINK**Required****Show if:** (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

118. Durante el trabajo de parto se les permite a las mujeres:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

Parir en una cama	-- Seleccione uno --
Parir en una silla de parto	-- Seleccione uno --
Parir de pie	-- Seleccione uno --
Parir de rodillas	-- Seleccione uno --
Parir en cuclillas	-- Seleccione uno --
Parir sentada	-- Seleccione uno --
Parir con soporte en un mecate	-- Seleccione uno --
Parto en una cama vertical	-- Seleccione uno --
Respetar la necesidad de elección de la mujer sobre las personas que la acompañen en el parto	-- Seleccione uno --
Tener contacto inmediato de la madre con el recién nacido	-- Seleccione uno --

Question: NORM_DEL_SER**Required****Show if:** (DEL_ATTEN = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sólo en este establecimiento de salud	
2	Sólo en los hogares de las mujeres	
3	En este establecimiento de salud y en los hogares	
995	Otro (explica):	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

119. ¿Se atienden nacimientos en este establecimiento de salud, en los hogares o en ambos?

- ☐ Sólo en este establecimiento de salud
- ☐ Sólo en los hogares de las mujeres
- ☐ En este establecimiento de salud y en los hogares
- ☐ Otro (explica):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_DEL**Required****Show if:** (FACILITY_TYPE <= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

-1	No sabe	
-2	No contesta	

120. Aunque este establecimiento de salud no atiende partos de manera rutinaria, ¿atendió algún parto de urgencia en el último año?

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

Question: DEL_ACCOM
Required
Show if: (CAP_DEL_SER = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-if
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

121. ¿Alguna persona acompaña a la mujer a la atención de su parto en el establecimiento de salud?

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

Question: DEL_ACCOM_NAME
Minimum checks: 1
Show if: (DEL_ACCOM = 1:[SI])

122. ¿Quién acompaña a la mujer?

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

Question: DEL_ACCOM_BIRTH
Minimum checks: 1
Show if: (DEL_ACCOM = 1:[SI])

123. ¿A quién se le permite estar presente durante el nacimiento?

- ☐ Brigadista de salud
- ☐ Partera
- ☐ Esposo
- ☐ Madre
- ☐ Familiar
- ☐ Suegra
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEL_IP_CARE
Minimum checks: 1
Show if: (DEL_ATTEN = 1:[SI])

124. ¿Qué servicios se proporciona a las mujeres que dan a luz en este establecimiento de salud?

- ☐ Cama
- ☐ Manta y sábanas
- ☐ Comida
- ☐ Ducha
- ☐ Espacio de espera para la familia
- ☐ Apoyo para cuidado de otros hijos
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEL_IP_CARE_COSTS
Minimum checks: 1
Show if: (DEL_IP_CARE is-any-of)

125. ¿Por cuáles de estos servicios pagan pacientes?

- ☐ Cama
- ☐ Manta y sábanas
- ☐ Comida
- ☐ Ducha
- ☐ Espacio de espera para la familia
- ☐ Apoyo para cuidado de otros hijos
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TAMPONADE_USE_TRAIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

126. ¿El personal de salud de este establecimiento ha recibido capacitación en el ultimo año de como utilizar el balón para el manejo de la hemorragia?

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

Question: TAMPONADE_ASSEM_TRAIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

127. ¿El personal de salud de este establecimiento ha recibido capacitación en el ultimo año de como ensamblar el balón hidrostático?

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

Question: TAMPONADE_USE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

128. En este establecimiento se utiliza el taponamiento con balón uterino para el manejo de una hemorragia obstetra?

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

Collection: TAMPONADE

Contains: TAMPONADE_USUAL, TAMPONADE_KIT, TAMPONADE_TYPE

Show if: (TAMPONADE_USE = 1: [Si])

Question: TAMPONADE_USUAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Bakri	
2	Rusch	
3	Ebb (Belfort-Dildy)	
4	Tubo Sengstaken-Blakemore	
5	Balón basado en condón	
6	Catéter Foley solo	
995	Otro (especificar)	
0	Ninguna de estos	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

129. Que tipo de balón utiliza con mayor frecuencia?

- ☐ Bakri
- ☐ Rusch
- ☐ Ebb (Belfort-Dildy)
- ☐ Tubo Sengstaken-Blakemore
- ☐ Balón basado en condón
- ☐ Catéter Foley solo
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ Ninguna de estos
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TAMPONADE_KIT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

130. ¿Este establecimiento de salud actualmente tiene un kit de dispositivo de taponamiento uterino?

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

Question: TAMPONADE_TYPE

Required

Show if: (TAMPONADE_KIT = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Empaquetado comercialmente	
2	Preparado con materiales disponibles por el personal en este establecimiento de salud	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

131. ¿El kit fue montado comercialmente y empaquetado, o preparado con materiales disponibles por el personal en este establecimiento de salud?

- ☐ Empaquetado comercialmente
☐ Preparado con materiales disponibles por el personal en este establecimiento de salud
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: POSTNATAL_CARE

Contains: POST_FIL

Atención posnatal

Question: POST_FIL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No responde	

132. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en este establecimiento de salud.
¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas posterior del parto de manera rutinaria)?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No responde

Collection: CHILD_HEALTH_SERVICES1

Contains: CHLDSERV

Servicios de salud infantil

Question: CHLDSERV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

133. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención a la salud infantil que se ofrecen en este establecimiento de salud.

- ¿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?
- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: VACCINE_LOGISTICS

Contains: VAC_SERV, CHLD_VAC, CHLD_VAC_STORAGE, CHLD_VAC_QUANT, CB_VAC1, VACCA_SUP_TM2, VACC_SHRT, VACC_ORD4, VAC_FRIDGE, VACC_CARR2, VACC_CARR3, CB_VAC2

Logística de vacunación

Question: VAC_SERV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

134. ¿Este establecimiento de salud proporciona servicios de vacunación?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CHLD_VAC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

135. ¿Este establecimiento de salud proporciona servicios de vacunación para niños menores de 5 años de edad?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CHLD_VAC_STORAGE

Minimum checks: 1

Show if: (VAC_SERV = 1:[SI])

136. ¿Este establecimiento 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 establecimiento médica
- ☐ Se las envían cuando se proporcionan los servicios
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CHLD_VAC_QUANT

Required

Show if: (VAC_SERV = 1:[SI]) and (CHLD_VAC_STORAGE is-any-of)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	El establecimiento de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en el establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



137. ¿Este establecimiento de salud determina la cantidad que necesita de cada vacuna y la pide, o la cantidad de vacuna que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ El establecimiento de salud 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 el establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CB_VAC1

Required

Show if: (CHLD_VAC_QUANT = 1:[El establecimiento de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: VACCA_SUP_TM2

Required

Show if: (VAC_SERV = 1:[Si]) and (CHLD_VAC_STORAGE is-any-of) and (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[El establecimiento de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en el establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
3	Número de meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



139. ¿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

Question: VACC_SHRT

Minimum checks: 1

Show if: (VAC_SERV = 1:[Si]) and (CHLD_VAC_STORAGE is-any-of)



140. 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 este establecimiento de salud para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ El establecimiento de salud la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Este establecimiento de salud la pide prestada a otro establecimiento
- ☐ No hacen nada, no hay nada que hacer
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: VACC_ORD4

Required

Show if: (VAC_SERV = 1:[Si]) and (CHLD_VAC_STORAGE is-any-of)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

141. 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

Question: VAC_FRIDGE**Required****Show if:** (VAC_SERV = 1:[SI]) and (CHLD_VAC_STORAGE is-any-of)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



142. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_CARR2**Required****Show if:** (VAC_SERV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Uno	
2	Dos o más	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



143. En este establecimiento de salud, ¿cuántos termos / caja frios de transporte de vacunas tiene disponibles?

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

Question: VACC_CARR3**Required****Show if:** (VACC_CARR2 is-any-of 1:[Uno] or 2:[Dos o más])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, un juego	
2	Si, dos o más juegos	
3	No, se usa hielo comprado	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Question: CB_VAC2**Required****Show if:** (VACC_ORD4 = 2:[Casi siempre]) or (VACC_ORD4 = 0:[Casi nunca])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Collection: FAMILY_PLANNING1**Contains:** FP_AV, FP_FAC_COUN, FP_GRP_COUN, FP_ADOL_FEMALE, FP_ADOL_MALE, FP_IUD_INSERT_DOC, FP_IUD_INSERT_NRS, FP_IMP_INSERT_DOC, FP_IMP_INSERT_NRS, FP_VOLUN_STER_FEMALE, FP_VOLUN_STER_MALE, FP_TYPE1, FP_TYPE2, CB_FP, FP_BEFORE_METHOD, FP_NAT_COUN, FP_CONDOM_COUN, FP_CNSL, FP_PREG_TEST, FP_ERCONTRA**Servicios de planificación familiar****Question:** FP_AV**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

¿Este establecimiento de salud ofrece servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos o asesoramiento sobre métodos naturales de planificación familiar?

- ☐ Si

- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_FAC_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



147. ¿Este establecimiento de salud ofrece consejería individual a cada mujer o pareja sobre planificación familiar?

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

Question: FP_GRP_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



148. ¿Este establecimiento de salud ofrece charlas educativas mujeres o parejas sobre planificación familiar?

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

Question: FP_ADOL_FEMALE

Minimum checks: 1

Show if: (FP_AV = 1: [SI])



149. ¿Que condiciones son necesarias para proporcionar anticonceptivos a las mujeres adolescentes?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Prescripción
- ☐ Pago de su bolsillo
- ☐ Consentimiento escrito de los padres
- ☐ Presencia de los padres
- ☐ Sesión de consejería
- ☐ Otra (especifica)
- ☐ Ninguna
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_ADOL_MALE

Minimum checks: 1

Show if: (FP_AV = 1: [SI])



150. ¿Que condiciones son necesarias para proporcionar anticonceptivos a los varones adolescentes?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Prescripción
- ☐ Pago de su bolsillo
- ☐ Consentimiento escrito de los padres
- ☐ Presencia de los padres
- ☐ Sesión de consejería
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ Ninguna
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_IUD_INSERT_DOC

Required

Show if: (FP_AV = 1: [SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



151. ¿Cuenta este establecimiento de salud con médico entrenado para colocar dispositivos intrauterinos?


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

Question: FP_IUD_INSERT_NRS

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 152. ¿Cuenta este establecimiento de salud con enfermera entrenada para colocar dispositivos intrauterinos?

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

Question: FP_IMP_INSERT_DOC

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 153. ¿Cuenta este establecimiento de salud con médico entrenado para colocar implantes anticonceptivos?

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

Question: FP_IMP_INSERT_NRS

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 154. ¿Cuenta este establecimiento de salud con enfermera entrenada para colocar implantes anticonceptivos?

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

Question: FP_VOLUN_STER_FEMALE

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 155. ¿Cuenta este establecimiento de salud con médico capacitado para realizar oclusión tubaria bilateral (OTB) o ligadura de trompas?


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

Question: FP_VOLUN_STER_MALE

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 156. ¿Cuenta este establecimiento de salud con médico capacitado para realizar vasectomía?

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


Question Block: FP_TYPE1

Contains: FP_TYPE_ORAL, FP_TYPE_PROG, FP_TYPE_COMBINJ, FP_TYPE_PROGINJ, FP_TYPE_MCOND, FP_TYPE_FCOND, FP_TYPE_IUD

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se da asesoramiento y se ofrece el método	
2	Se da asesoramiento pero no se ofrece el método (no cuentan con él)	
3	No se da asesoramiento, pero sí se ofrece el método	
0	No se da asesoramiento ni se ofrece el método	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 157. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en este establecimiento de salud ?

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Injectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Injectable 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 --

Question Block: FP_TYPE2

Contains: FP_TYPE_IMPL, FP_TYPE_SPERM, FP_TYPE_DIAPH, FP_TYPE_EMERCONTRA, FP_TYPE_VASEC, FP_TYPE_TUBAL

Required

Show if: (FP_AV = 1: [Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se da asesoramiento y se ofrece el método	
2	Se da asesoramiento pero no se ofrece el método (no cuentan con él)	
3	No se da asesoramiento, pero sí se ofrece el método	
0	No se da asesoramiento ni se ofrece el método	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

158. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en este establecimiento?

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 --

Question: CB_FP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: FP_BEFORE_METHOD

Minimum checks: 1

Show if: (FP_AV = 1: [Si])

160. Este establecimiento de salud exige que las mujeres tomen una prueba de embarazo antes de recibir los siguientes método de planificación familiar?

- ☐ Nunca exige prueba de embarazo
☐ Si, antes de colocar dispositivos intrauterinos
☐ Si, antes de colocar implantes anticonceptivos
☐ Si, antes de proporcionar otros métodos de planificación familiar
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_NAT_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1: [Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_CONDOM_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1: [Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Se ofrecen	
4	Se ofrecen y se recomiendan	
2	Se recomiendan pero no se ofrecen	
3	Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar	
0	No se recomiendan ni se ofrecen	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

162. ¿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

Question: FP_CNSL

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

163. En este establecimiento de salud ¿El asesoramiento sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_PREG_TEST

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

164. En este establecimiento de salud, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_ERCONTRA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, se receta y se proporciona	
2	Se receta, pero no se proporciona	
0	No se receta ni se proporciona	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

165. ¿Proporciona este establecimiento de salud anticoncepción de emergencia a mujeres que solicitan servicios para prevenir el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección?

- ☐ Si, se receta y se proporciona
☐ Se receta, pero no se proporciona
☐ No se receta ni se proporciona
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: CONTRACEPTIVE_SUPPLIES

Contains: CONTRA_SUPPLIES, CONTRACEPTION_Q

Suministro de anticonceptivos

Question: CONTRA_SUPPLIES

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si almacena métodos anticonceptivos	
2	No, los traen de otro establecimiento cuando van a ser aplicados	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

166. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del abasto de métodos anticonceptivos. ¿Este establecimiento de salud 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.]

- ☐ Si almacena métodos anticonceptivos
☐ No, los traen de otro establecimiento cuando van a ser aplicados
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: CONTRACEPTION_Q

Contains: CONTRA_SUP_QNT1, CONTRA_SUP_TM2, CONTRA_SHRT, CONTRA_ORD_RCV

Show if: (CONTRA_SUPPLIES = 1:[Si almacena métodos anticonceptivos])

Question: CONTRA_SUP_QNT1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	El establecimiento de salud determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en el establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

167. ¿Este establecimiento de salud determina la cantidad que necesita de métodos anticonceptivos y los pide, o la cantidad de anticonceptivos que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ El establecimiento de salud 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 el establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CONTRA_SUP_TM2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
3	Número de meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

168. ¿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

Question: CONTRA_SHRT

Minimum checks: 1

169. Si hay escasez de algún método anticonceptivo en específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en este establecimiento de salud para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ El establecimiento de salud la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Se pide prestada a otro establecimiento de salud
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CONTRA_ORD_RCV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

170. 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

Collection: MEDICINE_SUPPLIES

Contains: PHAR_TYPE, MED_SUP_QNT1, MED_SUP_TM2, MED_SHRT, MED_ORD_RCV

Abasto de medicamentos

Question: PHAR_TYPE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	MINSAL	
2	Gestore a cargo de esta establecimiento	
995	Otra (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

171. Ahora me gustaría preguntarle acerca del sistema que tiene este establecimiento de salud para abastecerse de medicinas.

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

- ☐ MINSAL
- ☐ Gestore a cargo de esta establecimiento
- ☐ Otra (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: MED_SUP_ONT1

Required

Show if: (PHAR_TYPE is-any-of 1: [MINSAL] or 2: [Gestore a cargo de esta establecimiento] or 995: [Otra (ESPECIFIQUE)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	El establecimiento de salud determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en este establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

172. ¿Este establecimiento de salud determina la cantidad de cada medicamento que necesita y las pide, o la cantidad que recibe de cada medicamento es determinada en otra parte?

- ☐ El establecimiento de salud 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 este establecimiento de salud y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: MED_SUP_TM2

Required

Show if: (PHAR_TYPE is-any-of 1: [MINSAL] or 2: [Gestore a cargo de esta establecimiento] or 995: [Otra (ESPECIFIQUE)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
3	Número de meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

173. ¿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

Question: MED_SHRT

Minimum checks: 1

Show if: (PHAR_TYPE is-any-of 1: [MINSAL] or 2: [Gestore a cargo de esta establecimiento] or 995: [Otra (ESPECIFIQUE)])

174. 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
- ☐ El establecimiento de salud la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Este establecimiento de salud lo pide prestado a otro establecimiento de salud
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: MED_ORD_RCV

Required

Show if: (PHAR_TYPE is-any-of 1: [MINSAL] or 2: [Gestore a cargo de esta establecimiento] or 995: [Otra (ESPECIFIQUE)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
3	Nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

175. 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

Collection: INFECTION_CONTROL

Contains: INFCTRL_GUID, AVAI_INGIN, COM_INGIN, FRE_DIS_COL, SHARP_DIS, BAN_DIS, BIOHAZ_DIS_OF

Control de Infecciones

Question: INFCTRL_GUID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

176. ¿Existe en este establecimiento de salud algún manual sobre cómo descontaminar equipos?

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

Question: AVAI_INCIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

177. ¿Cuenta este establecimiento de salud con incinerador que cumple con las especificaciones sanitarias?

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

Question: COM_INCIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si se cuentan con un contrato con una compañía privada o otro establecimiento de salud	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

178. ¿Este establecimiento de salud tiene un contrato con otra unidad médica o compañía para desechar los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Si se cuentan con un contrato con una compañía privada o otro establecimiento de salud
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FRE_DIS_COL

Required

Show If: (COM_INCIN = 1: [Si se cuentan con un contrato con una compañía privada o otro establecimiento de salud])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
2	Número de días en un mes:	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

179. ¿Qué tan seguido los desechos biológicos de riesgo son recogidos o enviados a esa otro establecimiento de salud o compañía?

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

Question: SHARP_DIS

Minimum checks: 1

180. En este establecimiento de salud, ¿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

Question: BAN_DIS

Minimum checks: 1

181. En este establecimiento de salud ¿Cómo se desechan 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

Question: BIOHAZ_DIS_OF
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
995	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	

182. En este establecimiento de salud ¿Qué tan seguido se desechan los productos biológicos de riesgo?

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

Collection: DATA_EVAL

Contains: PER_REP, REP_SEE, DATA_HIS, DATA_ETAB, DATA_ANALYZE, DATA_QUAL, DATA_QUAL_INSTR, DATA_QUAL_INSTR_SEE, DATA_QUAL_OFTEN, DATA_QUAL_REP, DATA_QUAL_REP_SEE, ACTION_PLAN, ACTION_PLAN_SEE, SERVICE_UTIL

Información de registros o reportes

Question: PER_REP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

183. En este establecimiento de salud, ¿se prepara algún reporte para evaluar su propio desempeño, que no sean los informes que se dan al sistema de información (PAO)?

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

Question: REP_SEE
Required

Show if: (PER_REP = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, lo entrega.	
2	No desea enseñarlo	
3	No lo tiene o no lo encuentra	

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

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

Question: DATA_HIS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

185. ¿Este establecimiento de salud captura datos para el sistema de información de salud?

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

Question: DATA_ETAB
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

186. ¿Este establecimiento de salud tiene acceso mediante un tablero electrónico a los datos que reportan en el sistema de información? Es decir, a una herramienta informática que les permite visualizar los resultados de distintos indicadores.

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

Question: DATA_ANALYZE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 187. En este establecimiento de salud ¿se analizan los datos de la atención otorgada a los pacientes?

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

Question: DATA_QUAL
Required

Show if: (DATA_ANALYZE = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 188. En este establecimiento de salud ¿se utilizan los datos que recolectan para realizar acciones de mejora de la calidad?

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

Question: DATA_QUAL_INSTR
Required

Show if: (DATA_QUAL = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 189. ¿Existe un instrumento, lista de cotejo, o encuesta disponible para monitorear los indicadores de mejoramiento de la calidad en este establecimiento de salud?

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

Question: DATA_QUAL_INSTR_SEE
Required

Show if: (DATA_QUAL_INSTR = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 190. Si es así, ¿podemos verlo?

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

Question: DATA_QUAL_OFTEN
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Numero de veces	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 191. En el último año, ¿cuántas reuniones de mejora de la calidad se han realizado?

- ☐ Numero de veces
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DATA_QUAL_REP
Required

Show if: (DATA_QUAL_OFTEN.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

192. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de mejora de la calidad?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DATA_QUAL_REP_SEE

Required

Show if: (DATA_QUAL_REP = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, lo entrega.	
2	No desea enseñarlo	
3	No lo tiene o no lo encuentra	

193. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del reporte, registro, o acta de la última reunión de mejora de la calidad?

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

Question: ACTION_PLAN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

194. ¿Hay un plan de acción en este establecimiento de salud? (Los planes de acción se crean después de cada reunión de mejora de la calidad. Con base en el análisis de los datos, el plan de acción se crea para responder a cualquier problema identificado)

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: ACTION_PLAN_SEE

Required

Show if: (ACTION_PLAN = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

195. Si es así, ¿podemos verlo?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: SERVICE_UTIL

Contains: SERV_UTIL_PRENATAL, SERV_UTIL_TOTDEL, SERV_UTIL_CSEC, SERV_UTIL_BABY, SERV_UTIL_CHILD, SERV_UTIL_PNEU, SERV_UTIL_MATDEATH, SERV_UTIL_NEODEATH, CATCHMENT_AREA

Question Block: SERV_UTIL_PRENATAL

Contains: PRENATAL_2017, PRENATAL_2016, PRENATAL_2015, PRENATAL_2014, PRENATAL_2013, PRENATAL_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

196. ¿Cuántas mujeres embarazadas se vieron para la atención prenatal en este establecimiento de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_TOTDEL

Contains: TOTDEL_2017, TOTDEL_2016, TOTDEL_2015, TOTDEL_2014, TOTDEL_2013, TOTDEL_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

197. ¿Cuántos nacimientos tuvo este establecimiento de salud?



	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_CSEC

Contains: CSEC_2017, CSEC_2016, CSEC_2015, CSEC_2014, CSEC_2013, CSEC_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



198. ¿Cuántas cesáreas tuvo este establecimiento de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_BABY

Contains: BABY_2017, BABY_2016, BABY_2015, BABY_2014, BABY_2013, BABY_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



199. ¿Cuántas mujeres visitaron este establecimiento de salud para atención del recién nacido?

	Número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_CHILD

Contains: CHILD_2017, CHILD_2016, CHILD_2015, CHILD_2014, CHILD_2013, CHILD_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



200. ¿Cuántos niños de 6 a 23 meses se vieron en este establecimiento de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


2012	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------	--------------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Question Block: SERV_UTIL_PNEU

Contains: PNEU_2017, PNEU_2016, PNEU_2015, PNEU_2014, PNEU_2013, PNEU_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 201. ¿Cuántos niños de 0 a 59 meses fueron diagnosticados con neumonía en este establecimiento de salud?


	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_MATDEATH

Contains: MATDEATH_2017, MATDEATH_2016, MATDEATH_2015, MATDEATH_2014, MATDEATH_2013, MATDEATH_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 202. ¿Cuántas muertes maternas tuvo este establecimiento de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_NEODEATH

Contains: NEODEATH_2017, NEODEATH_2016, NEODEATH_2015, NEODEATH_2014, NEODEATH_2013, NEODEATH_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 203. ¿Cuántas muertes neonatales tuvo este establecimiento de salud?


	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: CATCHMENT_AREA

Contains: CATCHMENT_2017, CATCHMENT_2016, CATCHMENT_2015, CATCHMENT_2014, CATCHMENT_2013, CATCHMENT_2012

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Número	
1	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 204. Tamaño de la zona de captación de este establecimiento de salud

	Número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


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

Collection: JUMPS
Contains: JUMPBK_INCOMPLETE

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.

Question: JUMPBK_INCOMPLETE
Required

Scale Summary	
Code	Label
1	La tabla de tipos de personal
2	Logística de vacunación
3	Servicios de planificación familiar
13	Al final de la encuesta

 205. Seleccione el área en la que llevará a cabo la revisión:

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

Jump-To: JMP_PERS
Description:
Jump-To-Item: SERV_24_7_INTRO
Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 1:[La tabla de tipos de personal])

Jump-To: JMP_VACUNACION
Description:
Jump-To-Item: VACCINE_INSTR
Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 2:[Logística de vacunación])

Jump-To: JMP_FP
Description:
Jump-To-Item: FP_TYPE1
Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 2:[Logística de vacunación])

Question: COMMENT_QUEST

 206. 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.