



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: LOG_IN
Contains: FACILITY_ID, FAC_ID, DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2, CONSENT_OBTAINED

Question: FACILITY_ID

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Comitancillo / Comitancillo	
2	Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa	
3	Sibinal / Sibinal	
4	Tajumulco / Tajumulco	
5	Ixchiguan / Ixchiguan	
6	San José Ojetenam / San José Ojetenam	
7	Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta	
8	San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán	
9	Santa Barbara / Santa Barbara	
10	San Miguel Acatán / San Miguel Acatán	
11	Todos Santos Cuchumatan / Todos Santos Cuchumatan	
12	San Juan Atitan / San Juan Atitan	
13	San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán	
14	Colotenango / Colotenango	
15	San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango	
16	San Rafael Petzal / San Rafael Petzal	
17	San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil	
18	San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán	
19	Tacaná / Tacaná	
20	La Reforma / La Reforma	
21	San Lorenzo / San Lorenzo	
22	Nuevo Progreso / Nuevo Progreso	
23	San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia	
24	Barillas / Santa Cruz Barillas	
25	Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango	
26	Hospital Nacional de San Marcos	
27	Hospital Regional de Quetzaltenango	
28	Hospital Nacional de Malacatan	
29	Hospital Distrital de San Pedro Necta	
30	Hospital Nacional de Huehuetenango	
31	El Zapote / San Miguel Ixtahuacán	
32	Santa Eulalia / Santa Eulalia	
33	Lajchunaj / Santa Eulalia	
34	Wayacoy / Santa Eulalia	
35	Nueva Esperanza / Barillas	
36	San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan	
37	Chacolín / Barillas	
38	Buena Vista / Nuevo Progreso	
39	Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango	
40	San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan	
41	Jolomtaj / Barillas	
42	San Rafael Tacana / Tacaná	
43	Istinajap / San Rafael la Independencia	
44	Tuichan / Ixchiguan	
45	Tuimuj / Comitancillo	
46	Pueblo Nuevo / Tajumulco	
47	Belajuyape / Concepción Tutuapa	
48	El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán	
49	San Rafael Iguil / San José Ojetenam	
50	Tuiladrillo / Ixchiguan	

51	Choanla / San José Ojetenam	
52	San Andres / Ixchiguan	
53	Tuimuca / Concepción Tutuapa	
54	Bulej / San Mateo Ixtatán	
55	Tuilelén / Comitancillo	
56	Taquina / San Miguel Atacán	
57	Tuizmo / Concepción Tutuapa	
58	Yolcultac / San Mateo Ixtatán	
59	Michicoy / San Pedro Necta	
60	SanMartin / Todos Santos Cuchumatan	
61	La Laguna / Concepción Tutuapa	
62	Yamoj / Concepción Tutuapa	
63	Choapequez / Ixchiguan	
64	Ixconlaj / Colotenango	
65	Canul / San Miguel Acatán	
66	Tuiquinamble / Ixchiguan	
67	Checambá / Sibinal	
68	Tuichuna / Concepción Tutuapa	
69	Chicajalaj / Comitancillo	
70	Lacandon / Concepción Tutuapa	
71	Chenicham III / San Miguel Acatán	
72	Ixquisis / San Mateo Ixtatán	
73	Buena Vista / Concepción Tutuapa	
74	Porvenir Candelaria / Comitancillo	
75	Totaná / Tajumulco	
76	Quixic II / San Miguel Acatán	
77	Unidad Movil 284-2013 / Tacana	
78	Unidad Movil 315-2013 / Tacana	
79	Unidad Movil 285-2013 / Tacana	
80	Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas	
81	Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco	
82	Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal	
83	Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán	
84	Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara	
85	Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatan	
86	Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán	
87	Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco	
88	Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán	
89	Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán	
90	Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán	
91	San Ramón / Huehuetenango	
92	Nuca / Huehuetenango	
93	Yulatizú / Huehuetenango	
94	Unidad Movil 324-2013 / Huehuetenango	
95	Unidad Movil 323-2013 / Huehuetenango	
96	Tuichoquel / San Marcos	
97	La Torre Tuichilupe / San Marcos	
98	Unidad Movil 291-2013 / San Marcos	
99	Unidad Movil 290-2013 / San Marcos	
100	Antiguo Tutuapa / San Marcos	
101	Soche / San Marcos	
102	Los Encuentros / San Marcos	
103	Tuijoj / San Marcos	
104	San Antonia Ixchiguan / San Marcos	
105	Calapte / San Marcos	
106	Once de Mayo / San Marcos	
107	Bexoncan / San Marcos	
108	Unidad Movil 295-2013 / San Marcos	
109	Unidad Movil 294-2013 / San Marcos	
110	Santa Clara / San Marcos	
111	San Jose Ixtal / San Marcos	
112	Unidad Movil 311-2013 / San Marcos	
113	El Triunfo / San Marcos	
114	Sicabe Bella Vista / San Marcos	
115	El Salitre / San Marcos	
116	Chuená / San Marcos	
117	Tierra Colorada / Huehuetenango	
118	Acal / Huehuetenango	
119	Chiquillila / Huehuetenango	
120	Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango	
121	Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango	
122	Pavolaj / San Marcos	
123	San Fernando / San Marcos	
124	Esquipulas / San Marcos	
125	Laguna Grande / San Marcos	
126	Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango	
127	Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango	
128	Río Blanco / San Marcos	
129	Santa Rosa / San Marcos	
130	Cerro Grande / San Marcos	
131	Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango	
132		

	San Sebastian Coatan / Huehuetenango	
133	Unidad Movil 317-2013 / San Marcos	
134	Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango	
135	Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango	
136	Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango	
137	Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango	
138	Sheshap / Huehuetenango	
139	Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango	
140	Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango	
141	Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango	
142	Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango	
143	Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango	
144	Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango	
145	Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango	
146	Sacpic / Huehuetenango	
147	Cruz Quemada / Huehuetenango	
148	Ixcana / Huehuetenango	
149	Quixabaj / Huehuetenango	
150	Michicoy / Huehuetenango	
151	Chocabj / San Marcos	
152	San Antonio Barranca / San Marcos	
153	Maria Cecilia / San Marcos	
154	Unidad Movil 318-2013 / San Marcos	
155	Unidad Movil 314-2013 / San Marcos	
156	La Esperanza / San Marcos	
157	San Pablo Toaca / San Marcos	
158	Tojcheche / San Marcos	
159	Sajqim / San Marcos	
160	Canchicupe / San Marcos	
161	San José la Paz / San Marcos	
162	Tocuto / San Marcos	
163	Champache / San Marcos	
164	Unidad Movil 288-2013 / San Marcos	
165	Unidad Movil 289-2013 / San Marcos	
999	Otro	



1. Identificación del centro:

-- Seleccione uno --



Auto Page Break

Question: FAC_ID
Show if: (FACILITY_ID = 999:[Otro])

 2. Identificación del centro:

Page Break

Question: DATE
Required



3. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: INTERVW_ID1
Required



4. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2



5. Identificación 2 del entrevistador

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

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Se está realizando en Guatemala una encuesta, con la finalidad de realizar 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.

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 Ministerio de Salud 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 Ministerio de Salud.

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 idónea 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	



6. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Auto Page Break

Jump-To: JMP1
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: (CONSENT_OBTAINED = 0:[No])


Collection: QUESTIONNAIRE
Contains: FACILITY_CHARACTERISTICS, EDUCATION_TRAINING, ANTENATAL_CARE, DELIVERY_CARE, POSTNATAL_CARE, CHILD_HEALTH_SERVICES1, VACCINE_LOGISTICS, FAMILY_PLANNING1, CONTRACEPTIVE_SUPPLIES, MEDICINE_SUPPLIES, INFECTION_CONTROL, DATA_EVAL, COMMENT_QUESTION

Collection: FACILITY_CHARACTERISTICS
Contains: FAC_TYPE, SERV_24_7_Q, PER_24_7, FAC_MOB, REFRNET_REC, REFRNET_REC_NAME1, REFRNET_REC_NAME2, REFRNET_REC_NAME3, REFRNET_SEND, REFRNET_SEND_NAME1, REFRNET_SEND_NAME2, REFRNET_SEND_NAME3, 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, MET_ROU, MET_ROU_OFTEN, KEEP_REC_ROU, REC_SUB_ROU, MET_MED, MET_MED_OFTEN, KEEP_REC_MED, REC_SUB_MED, 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	Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud	
2	Centro de Salud	
3	CAP / CAIMI	
4	Hospital	

 7. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?
(SELECCIONE UNA OPCIÓN):
☐ Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud
☐ Centro de Salud
☐ CAP / CAIMI
☐ Hospital

Custom Layout Question: OP_TIME

 8. ¿De qué hora a qué hora da servicio esta unidad de salud?
De AM a PM o

Auto Page Break

Question: SERV_24_7_Q**Required****Show if:** (FAC_TYPE = 4:[Hospital])

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

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

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

Question: PER_24_7**Required****Show if:** (FAC_TYPE = 4:[Hospital])

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	

10. ¿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	

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

- ☐ 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	

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

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

Auto Page Break

Question: REFRNET_REC_NAME1**Required****Show if:** (REFRNET_REC = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 13. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Question: REFRNET_REC_NAME2**Required****Show if:** (REFRNET_REC = 1:[S]) and (REFRNET_REC_NAME1 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET_REC_NAME1 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET_REC_NAME1 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 14. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Question: REFRNET_REC_NAME3**Required****Show if:** (REFRNET_REC = 1:[S]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 15. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Page Break

Question: REFRNET_SEND

Required

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


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

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

Auto Page Break

Question: REFRNET_SEND_NAME1**Required****Show if:** (REFRNET_SEND = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 17. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Question: REFRNET_SEND_NAME2**Required****Show if:** (REFRNET_SEND = 1:[Si]) and (REFRNET_SEND_NAME1 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET_SEND_NAME1 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET_SEND_NAME1 ≠ -1:[No sabe])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 18. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Question: REFRNET_SEND_NAME3**Required****Show if:** (REFRNET_SEND = 1:[Si]) and (REFRNET_SEND_NAME2 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET_SEND_NAME2 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET_SEND_NAME2 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 19. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Page Break

Por favor dígame si esta unidad médica cuenta con el siguiente personal, si laboran de tiempo completo o de medio tiempo, y en qué turno están

Custom Layout Question: SERV_24_7_PART1

20. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno		
			Mañana	Tarde	Noche
Médicos generales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pediatras	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farmacéuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parteras	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajadoras sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promotores de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

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

Custom Layout Question: SUP_STAFF_AB

21.	Presente	Número
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecobstetras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirujanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiólogos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico radiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: SUP_STAFF_24

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

Por favor indíqueme si los siguientes tipos de personal trabajan en esta unidad:


Custom Layout Question: SUP_STAFF2

23.	Presente
Encargados de mantenimiento de equipos	<input type="text"/>
Encargados de mantenimiento de edificio	<input type="text"/>

Page Break

Question: TIME_BLOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En vehículo:	
2	A pie:	
0	No se usa el servicio de banco de sangre	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

Duración:

- ☐ En vehículo: minutos
- ☐ A pie: minutos
- ☐ 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	

 25. ¿Tienen acceso a sangre segura?

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

Question: ELECT**Required**

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

 26. ¿Tiene esta unidad servicio de luz?

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

Auto Page Break

Question: ELECT_POWER**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

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

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

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

Question: ELECT_HRS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

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

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

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

Question: ELECT_DAYS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

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	

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

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

Question: ELECT_SRC**Minimum checks:** 1**Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

30. Sírvase indicar todas las fuentes de electricidad para este centro. (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):

- ☐ Suministro de una central (Comisión Federal de Electricidad)
- ☐ Suministro privado
- ☐ Generador en el centro
- ☐ Generador solar
- ☐ Otra fuente (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_GEN**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

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


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

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

Auto Page Break

Question: EMER_GEN_WORK**Required****Show if:** (EMER_GEN = 1:[S])


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

 32. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

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

Question: EMER_GEN_FUEL**Required****Show if:** (EMER_GEN = 1:[S])


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

 33. ¿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	

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


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

Question: FAC_WAT_SOUR**Minimum checks:** 1 35. ¿De dónde sacan el agua para esta unidad médica? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

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

Question: INTER_ACCES**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	si	
0	no	
-1	no sabe	
-2	no contesta	

 36. ¿Tiene esta unidad conexión a internet?

- ☐ si
- ☐ no
- ☐ no sabe
- ☐ no contesta

Page Break

Question: MET_ROU**Required**

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



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

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

Auto Page Break

Question: MET_ROU_OFTEN**Required****Show if:** (MET_ROU = 1:[S])


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	

 38. ¿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:[S])

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


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

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

Auto Page Break

Question: REC_SUB_ROU**Required****Show if:** (KEEP_REC_ROU is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, 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	

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

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

Page Break

Question: MET_MED

Required

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



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

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

Auto Page Break

Question: MET_MED_OFTEN**Required****Show if:** (MET_MED = 1:[S])


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	

 42. ¿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:[S])

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


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

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

Auto Page Break

Question: REC_SUB_MED**Required****Show if:** (KEEP_REC_MED is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, 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	

 44. ¿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

Page Break

Question: HOS_SER**Required****Scale Summary**

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




45. ¿Tiene esta unidad servicio de hospitalización?

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

Auto Page Break

Question: FOOD_PAT
Required
Show if: (HOS_SER = 1:[S])

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

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


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

(SOLO APLICA A UNIDADES MÉDICAS QUE CUENTAN CON HOSPITALIZACIÓN O SERVICIO DE URGENCIAS)

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

Question: ACOM_PER_STAY
Required
Show if: (HOS_SER = 1:[S])


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

 47. ¿Se les brindan facilidades a los familiares de los pacientes para que permanezcan junto a su enfermo o paciente?

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

Question: ACOM_PER_SER
Required
Show if: (HOS_SER = 1:[S]) and (ACOM_PER_STAY = 1:[S])

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

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

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

Page Break

Collection: EDUCATION_TRAINING
 Contains: TRAIN_STUD, TYPE_TRAIN_STU

La Educación y Capacitación del Personal

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

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO1

49.

CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Qu
Entrenamiento sobre inmunizaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuidado del recién nacido (cuidado del cordón, control de temperatura, alimentación al seno materno, resucitación neonatal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO2

50.

CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Qu
Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atención prenatal y posnatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO3

51.

CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Qu
Cuidados básicos en urgencias obstétricas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al nacimiento, sepsis, asfixia).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Llene la información sobre los cursos de entrenamiento que se han dado a las asistentes de enfermería que trabajan en este establecimiento

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO_AMB1

52.

Al personal de salud

Se han dado cursos de salud maternal en los últimos 12 meses?

¿Cuántas enfermeras asistieron al curso? Número:

Llene la información sobre los cursos de entrenamiento que se han dado a las asistentes de enfermería que trabajan en este establecimiento

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO_AMB2



53.

¿Se han dado cursos sobre atención prenatal en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre atención de nacimientos de emergencia en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre estabilización de emergencias obstétricas y neonatales en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

Médicos generales Enfermeras

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

Llene la información sobre los cursos de entrenamiento que se han dado a las asistentes de enfermería que trabajan en este establecimiento

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO_BASIC



54.

¿Se han dado cursos sobre atención de nacimientos en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre extracción manual de placenta en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre estabilización de emergencias obstétricas y neonatales en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

Médicos generales Enfermeras

Al personal de salud

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

Llene la información sobre los cursos de entrenamiento que se han dado a las asistentes de enfermería que trabajan en este establecimiento

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO_COMP



55.

¿Se han dado cursos sobre atención de nacimientos en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre cuidados obstétricos en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre resucitación neonatal en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre manejo de sepsis neonatal neonatal en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre manejo de bajo peso al nacer en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

¿Se han dado cursos sobre referencia de emergencias obstétricas y neonatales en los últimos 12 meses?

¿Cuántos cursos? Número:

Médicos generales Enfermeras

Al personal de salud

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

Question: TRAIN_STUD

Required

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



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

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

Auto Page Break

Question: TYPE_TRAIN_STU
Minimum checks: 1
Show if: (TRAIN_STUD = 1:[Sí])



57. ¿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

Page Break

Collection: ANTENATAL_CARE
Contains: ANC_PNC, ANC_DEL

Servicios de Atención Prenatal

Question: ANC_PNC
Required

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



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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Auto Page Break

Question: ANC_DEL
Minimum checks: 1
Show if: (ANC_PNC = 1:[Si])



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

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


Page Break

Collection: DELIVERY_CARE
Contains: CAP_DEL_SER, DEL_ATTEN, NORM_DEL_SER, CULTURE_ROOM_AMB, CULTURE_ROOM_BS_COM, LANG, DEL_PRO, EMER_DEL, DEL_ACCOM, DEL_ACCOM_NAME

Atención del parto y del recién nacido

Question: CAP_DEL_SER
Required
Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

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

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

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

☐

 Sí

☐

 No

☐


 No sabe

☐

 No contesta

Question: DEL_ATTEN
Required
Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

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

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

☐

 Sí

☐

 No

☐

 No sabe


☐

 No contesta

Auto Page Break

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


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sólo en la unidad de salud	
2	Sólo en los hogares de las mujeres	
3	En la unidad de salud y en los hogares	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Question: CULTURE_ROOM_AMB**Required****Show if:** (FAC_TYPE is-any-of 1:[Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud] or 2:[Centro de Salud])


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

 63. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, la unidad cuenta con personal que hable la lengua local además de español, o se entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español

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

Question: CULTURE_ROOM_BS_COM**Required****Show if:** (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

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

 64. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, cuenta con personal que hable la lengua local además de español, se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el parto, se permite elegir la posición para tener el parto, se le permite a la mujer vestirse como desea o tomar líquidos durante el parto, se le permite caminar durante el trabajo de parto, se le entrega información en su lengua cuando no habla español o se le entrega la placenta si la solicita

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

Auto Page Break

Question: LANG**Required****Show if:** (CULTURE_ROOM_BS_COM = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Número:	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No responde	

65. ¿Cuántos miembros del personal de salud de la unidad hablan alguna lengua indígena de la región?

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

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_VERT**Required****Show if:** (CULTURE_ROOM_BS_COM = 1:[Sí])**Scale Summary**

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

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

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Parir en una cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en una silla de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de rodillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en cuclillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto en una cama vertical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: EMER_DEL**Required****Show if:** (FAC_TYPE is-any-of 1:[Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud] or 2:[Centro de Salud])**Scale Summary**

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

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

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

Question: DEL_ACCOM**Required****Show if:** (CAP_DEL_SER = 1:[Sí])**Scale Summary**

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

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

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

Auto Page Break

Question: DEL_ACCOM_NAME

Minimum checks: 1

Show if: (DEL_ACCOM = 1:[Sí])



69. ¿Quién acompaña a la mujer?

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

Page Break

Collection: POSTNATAL_CARE
Contains: POST_FIL, POST_CARE_MOM, POST_CARE_NEO
Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

Atención posnatal

Question: POST_FIL
Required

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



70. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en esta unidad médica
¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas)?

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

Auto Page Break

Question: POST_CARE_MOM

Minimum checks: 1

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



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

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

Question: POST_CARE_NEO

Minimum checks: 1

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



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

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

Page Break

Collection: CHILD_HEALTH_SERVICES1
Contains: CHLDSERV

Servicios de salud infantil

Question: CHLDSERV

Required

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



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

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

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

Page Break

Collection: VACCINE_LOGISTICS**Contains:** CHLD_VAC, CHLD_VAC_STORAGE, CHLD_VAC_QUANT, CHLD_VAC_QUANT_DEC, CHLD_VACC_NEED, VACC_ORD2, VACCA_SUP_TM2, VACC_SHRT, VACC_ORD4, VACC_SHRT1, SHOR_VAC, VAC_FRIDGE, VACC_CARR2, VACC_CARR3**Logística de vacunación****Question:** CHLD_VAC
Required

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




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

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

Auto Page Break

Question: CHLD_VAC_STORAGE**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, almacena vacunas	
2	No, se recogen de otra unidad médica	
3	No, se las envían cuando se proporcionan los servicios	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

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

- ☐ Sí, almacena vacunas
- ☐ No, se recogen de otra unidad médica
- ☐ No, se las envían cuando se proporcionan los servicios
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CHLD_VAC_QUANT**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La unidad médica 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 la unidad médica 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	


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

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

Auto Page Break

Question: CHLD_VAC_QUANT_DEC**Required****Show if:** (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica 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 la unidad médica 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	Sí, de la misma manera	
0	No, es diferente para cada tipo de vacuna.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Question Block: CHLD_VACC_NEED**Contains:** CHLD_VACC_NEED_PENT, CHLD_VACC_NEED_DPT, CHLD_VACC_NEED_HEPB, CHLD_VACC_NEED_HIB, CHLD_VACC_NEED_POL, CHLD_VACC_NEED_MEAS, CHLD_VACC_NEED_FLU, CHLD_VACC_NEED_ROTA, CHLD_VACC_NEED_PNEUM, CHLD_VACC_NEED_BCG**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_QUANT_DEC = 0:[No, es diferente para cada tipo de vacuna.]) and (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica 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 la unidad médica 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	Determina sus propias necesidades y la piden.	
2	Las necesidades son determinadas en otro lugar	
3	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplican esa vacuna	

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

(Seleccione una para cada vacuna)

(ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE PARA CADA VACUNA EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

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

Auto Page Break

Question: VACC_ORD2**Required****Show if:** (CHLD_VAC_QUANT_DEC is-any-of 1:[Sí, de la misma manera] or 0:[No, es diferente para cada tipo de vacuna.] or -1:[No sabe] or -2:[No contesta]) and (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica 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 la unidad médica 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	Tiempo fijo; cada	
2	Pide cuando es necesario	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

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

Question: VACCA_SUP_TM2**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas]) and (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica 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 la unidad médica 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	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Question: VACC_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])

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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

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

Question: VACC_ORD4**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

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



82. 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

Auto Page Break

Question Block: VACC_SHRT1**Contains:** VACC_SHRT1_PENT, VACC_SHRT1_DPT, VACC_SHRT1_HEPB, VACC_SHRT1_HIB, VACC_SHRT1_POL, VACC_SHRT1_MEAS, VACC_SHRT1_FLU, VACC_SHRT1_ROTA, VACC_SHRT1_PNEUM, VACC_SHRT1_BCG**Required****Show if:** (VACC_ORD4 is-any-of 2:[Casi siempre] or 0:[Casi nunca])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplican esa vacuna	



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

Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	-- Seleccione uno --
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Polio	-- Seleccione uno --
Sarampión	-- Seleccione uno --
Influenza	-- Seleccione uno --
Rotavirus	-- Seleccione uno --
Conjugado neumocócico	-- Seleccione uno --
BCG para niños prematuros	-- Seleccione uno --

Question: SHOR_VAC**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

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



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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VAC_FRIDGE**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

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



85. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_CARR2**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí])**Scale Summary**

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



86. En esta unidad médica, ¿cuántos termos fríos (pingüinos) de transporte de vacunas tiene disponibles?

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

Auto Page Break

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	Sí, un juego	
2	Sí, dos o más juegos	
3	Sí, 2 o 3 por caja	
4	No, se usa hielo comprado	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



87. ¿Hay paquetes de hielo para los termos (pingüinos) de transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
- ☐ Sí, dos o más juegos
- ☐ Sí, 2 o 3 por caja
- ☐ No, se usa hielo comprado
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Page Break

Collection: FAMILY_PLANNING1**Contains:** FP_AV, FP_FAC_COUN, FP_GRP_COUN, FP_IUD_INSERTION, FP_VOLUN_STER_FEMALE, FP_VOLUN_STER_MALE, FP_TYPE1, FP_NAT_COUN, FP_CONDOM_COUN, FP_CNSL, FP_ERCONTRA, FP_PREG_TEST**Servicios de planificación familiar****Question:** FP_AV**Required****Scale Summary**

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



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


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

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

Auto Page Break

Question: FP_FAC_COUN**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí])**Scale Summary**


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

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_GRP_COUN**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí])**Scale Summary**

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

 90. ¿Esta unidad médica ofrece consejería grupal a mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_IUD_INSERTION**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí]) and (FAC_TYPE is-any-of 1:[Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud] or 2:[Centro de Salud])**Scale Summary**


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

 91. ¿Cuenta esta unidad con médico entrenado para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_VOLUN_STER_FEMALE**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí]) and (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])**Scale Summary**


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

 92. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar ligadura de trompas voluntaria?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_VOLUN_STER_MALE**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí]) and (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])**Scale Summary**

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

 93. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar esterilización vasectomía?

- ☐ Sí
☐ 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, FP_TYPE_IMPL, FP_TYPE_SPERM, FP_TYPE_DIAPH, FP_TYPE_EMERCONTRA, FP_TYPE_VASEC, FP_TYPE_TUBAL, FP_TYPE_OTHER**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[Sí])

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	

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

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
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 --
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espemicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de emergencia	-- Seleccione uno --
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de trompas	-- Seleccione uno --
Otros	-- Seleccione uno --

Question: FP_NAT_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí]) and (FAC_TYPE is-any-of 1:[Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud] or 2:[Centro de Salud] or 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

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

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_CONDOM_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí]) and (FAC_TYPE is-any-of 1:[Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud] or 2:[Centro de Salud] or 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se ofrecen	
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	

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

- ☐ Se ofrecen
☐ 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_CNLS

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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

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


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

Question: FP_ERCONTRA

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SÍ])

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	

 98. ¿Proporciona esta unidad 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

Question: FP_PREG_TEST

Required

Show if: (FP_AV = 1:[SÍ])

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

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

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

Page Break

Collection: CONTRACEPTIVE_SUPPLIES**Contains:** CONTRA_SUPPLIES, CONTRA_SUP_QNT1, CONT_QUAN, CONTRA_ORD_TYPE, CONTRA_ORD_TM, CONTRA_SUP_TM2, CONTRA_SHRT, CONTRA_ORD_RCV, CONTRA_SHORT_GMO, SHOR_CONTRA**Suministro de anticonceptivos****Question:** CONTRA_SUPPLIES**Required**

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



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

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

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

Auto Page Break

Jump-To: JMP_MEDICINE**Description:****Jump-To-Item:** MEDICINE_SUPPLIES**Jump-If:** (CONTRA_SUPPLIES ≠ 1:[Si almacena métodos anticonceptivos])**Question:** CONTRA_SUP_QNT1**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	La unidad médica 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 la unidad médica 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	



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

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

Auto Page Break

Question: CONT_QUAN**Required****Show if:** (CONTRA_SUP_QNT1 is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, de la misma manera	
0	No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Auto Page Break

Question Block: CONTRA_ORD_TYPE

Contains: CONTRA_ORD_TYPE_ORAL, CONTRA_ORD_TYPE_PROG, CONTRA_ORD_TYPE_COMBINJ, CONTRA_ORD_TYPE_PROGINJ, CONTRA_ORD_TYPE_PATCH, CONTRA_ORD_TYPE_MCOND, CONTRA_ORD_TYPE_FCOND, CONTRA_ORD_TYPE_IUD, CONTRA_ORD_TYPE_IMPL, CONTRA_ORD_TYPE_SPERM, CONTRA_ORD_TYPE_DIAPH, CONTRA_ORD_TYPE_EMERCONTRA

Required

Show if: (CONT_QUAN = 0:[No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Determina sus propias necesidades y la piden.	
2	Las necesidades son determinadas en otro lugar	
3	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: CONTRA_ORD_TM

Required

Show if: (CONT_QUAN is-any-of 1:[Sí, de la misma manera] or 0:[No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Tiempo fijo. Cada	
2	Pide cuando es necesario	
3	Lo define un proveedor externo	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

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

Auto Page Break


Question: CONTRA_SUP_TM2**Required****Show if:** (CONTRA_ORD_TM is-any-of 1:[Tiempo fijo. Cada] or 2:[Pide cuando es necesario] or 3:[Lo define un proveedor externo] or 995:[Otro (especifique)])

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

 105. ¿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
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CONTRA_SHRT**Minimum checks:** 1


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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

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

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	

 107. 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

Auto Page Break

Question Block: CONTRA_SHORT_6MO**Contains:** CONTRA_SHORT_6MO_ORAL, CONTRA_SHORT_6MO_PROG, CONTRA_SHORT_6MO_COMBINJ, CONTRA_SHORT_6MO_PROGINJ, CONTRA_SHORT_6MO_PATCH, CONTRA_SHORT_6MO_MCOND, CONTRA_SHORT_6MO_FCOND, CONTRA_SHORT_6MO_IUD, CONTRA_SHORT_6MO_IMPL, CONTRA_SHORT_6MO_SPERM, CONTRA_SHORT_6MO_DIAPH, CONTRA_SHORT_6MO_EMERCONTRA**Required**

Show if: (CONTRA_ORD_RCV is-any-of 2:[Casi siempre] or 0:[Casi nunca])

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


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

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

Question: SHOR_CONTRA**Required**

Show if: (CONTRA_ORD_RCV is-any-of 1:[Siempre] or -1:[No sabe] or -2:[No contesta])

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

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

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

Page Break

Collection: MEDICINE_SUPPLIES**Contains:** PHAR_TYPE, MED_SUP_QNT1, MED_ORD_TM, MED_SUP_TM2, MED_SHRT, MED_ORD_RCV, SHOR_MED**Abasto de medicamentos****Question:** PHAR_TYPE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La farmacia es privada	
2	La farmacia es de gobierno	
995	Otra (ESPECIFIQUE)	
0	No cuentan con farmacia	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

¿Qué tipo de farmacia tienen en esta unidad médica? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ La farmacia es privada
- ☐ La farmacia es de gobierno
- ☐ Otra (ESPECIFIQUE)
- ☐ No cuentan con farmacia
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Auto Page Break

Question: MED_SUP_QNT1**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La unidad médica 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 la unidad médica 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	




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

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

Auto Page Break

Question: MED_ORD_TM**Required****Show if:** (MED_SUP_QNT1 is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Tiempo fijo; cada	
3	Pide cuando es necesario	
4	Proveedor externo	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

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


Auto Page Break

Question: MED_SUP_TM2**Required****Show if:** (MED_ORD_TM is-any-of 1:[Tiempo fijo; cada] or 3:[Pide cuando es necesario] or 4:[Proveedor externo] or 995:[Otro (especifique)])

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

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


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

Question: MED_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)]) 114. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?*(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)*

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

Question: MED_ORD_RCV**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] 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	

 115. 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

Question: SHOR_MED**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)])

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

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

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

Page Break

Collection: INFECTION_CONTROL**Contains:** INFCTRL_SYR_REUSE, INFCTRL_SYR_STER, INFCTRL_DECONT, INFCTRL_GUID, AVAI_INGIN, COM_INGIN, FRE_DIS_COL, INFCTRL_STER, SHARP_DIS, BAN_DIS, BIOHAZ_DIS_OF**Control de Infecciones****Question:** INFCTRL_SYR_REUSE**Required****Scale Summary**

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



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

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

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

Auto Page Break

Question: INFCTRL_SYR_STER**Minimum checks:** 1**Show if:** (INFCTRL_SYR_REUSE = 1:[Sí])

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

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

Question: INFCTRL_DECONT**Minimum checks:** 1

119. ¿Qué procedimiento se utiliza para descontaminar y limpiar el equipo antes de ser reutilizado?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

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

Question: INFCTRL_GUID**Required**

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



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

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

Question: AVAI_INGIN**Required**

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



121. ¿Cuenta esta unidad médica con incinerador?

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

Auto Page Break

Question: COM_INGIN**Required****Show if:** (AVAL_INGIN ≠ 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, nombre de la unidad:	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

- ☐ Sí, nombre de la unidad:
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Auto Page Break

Question: FRE_DIS_COL**Required****Show if:** (COM_INCIN = 1:[Sí, nombre de la unidad:])

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	

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

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

Question: INFCTRL_STER**Minimum checks:** 1

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

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

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN):

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

Question: SHARP_DIS**Minimum checks:** 1

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

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
☐ Se queman a cielo abierto
☐ Las tiran sin quemar
☐ Las desechar 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

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

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
☐ Se queman a cielo abierto
☐ Las tiran sin quemar
☐ Las desechar 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	

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

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

☐ No aplica

Page Break

Collection: DATA_EVAL
Contains: PER_REP, REP_SEE, REG_, TRA_LIST, TRA_LIST_INCL, TRA_LIST_NUM

Información de registros o reportes

Ahora quisiéramos preguntarle sobre algunos datos sobre la atención médica prestada en esta unidad. Le pediríamos recolectar esta información y podemos volver con usted una vez que la tenga disponible. 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

Question: PER_REP

Required

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




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

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

Auto Page Break

Question: REP_SEE**Required****Show if:** (PER_REP = 1:[Sí])

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

 129. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del último reporte de evaluación de su propio desempeño?

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


Page Break

Question Block: REG

Contains: REG_NUM_PREG, REG_NUM_DEL2, REG_NUM_CSEC, REG_NUM_DEL1, REG_NUM_MDEAD, REG_NUM_NDEAD

Required

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


 130. La siguiente información debe extraerse de registros de la unidad médica.

	Número:	Ninguno	No sabe	No contesta
Número de mujeres embarazadas a las que se ha dado atención prenatal en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de nacimientos atendidos en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de cesáreas en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántos nacimientos se atendieron en el último año	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuántas muertes maternas hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas muertes neonatales hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

Question: TRA_LIST
Required
Show if: (TRA_FAC_AMB1_NAS_MAT_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_GEN_PRE_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_GEN_EMG_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_GEN_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_NPA_PRE_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_NPA_EMG_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_AMB2_NPA_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_GEN_DEL_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_GEN_REM_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_GEN_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_NPA_DEL_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_NPA_REM_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_BASIC_NPA_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_DEL_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_RES_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_SEP_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_LBW_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_GEN_REF_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_DEL_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_RES_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_SEP_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_LBW_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NPA_REF_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_DEL_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_OBS_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_RES_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_SEP_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_LBW_ATT = 1:[Si]) or (TRA_FAC_COMP_NAS_REF_ATT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se observó la list/registro	
2	No se observó la list/registro	
-1	No sabe	
-2	No responde	

-  131. Solicite ver la lista o registro donde está la información de asistencia del personal del establecimiento de salud a sesiones de entrenamiento en el departamento de salud.
- ☐

 Se observó la list/registro
- ☐

 No se observó la list/registro
- ☐

 No sabe
- ☐

 No responde

Page Break

Question Block: TRA_LIST_INCL
Contains: TRA_LIST_INCL_AGENDA, TRA_LIST_INCL_PLIST, TRA_LIST_INCL_CERT
Required
Show if: (TRA_LIST = 1:[Se observó la list/registro])

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



132.

Revise la lista o registro y marque si contiene la siguiente información

Agenda de entrenamiento	-- Seleccione uno --
Lista de participantes	-- Seleccione uno --
Certificado firmado	-- Seleccione uno --

Question Block: TRA_LIST_NUM
Contains: TRA_LIST_NUM_AGENDA, TRA_LIST_NUM_PLIST, TRA_LIST_NUM_CERT
Required
Show if: (TRA_LIST = 1:[Se observó la list/registro])




133. Número de participantes para los que está registrado

Agenda de entrenamiento	
Lista de participantes	
Certificado firmado	

Page Break

Question: COMMENT_QUEST
Required

 134. 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.

Powered by DatStat