

FORMULARIO 1: Caracterización de establecimientos de salud

SECCIÓN 0: Identificación del informante [Todos los niveles]

1 Nombre del informante _____

2 Cargo del informante _____

3 Teléfono/celular del informante _____

SECCIÓN 1: Identificación del establecimiento de salud, población y horario de atención [Todos los niveles]

1 Departamento

- 1 Chuquisaca
4 Oruro
7 Santa Cruz

- 2 La Paz
5 Potosí
8 Beni

- 3 Cochabamba
6 Tarija
9 Pando

2 Municipio _____

3 Zona/Comunidad _____

4 Red de salud _____

5 Código del establecimiento de salud _____

6 Nombre del establecimiento de salud _____

7 Telefonía del establecimiento de salud _____

8 Tipo de establecimiento de salud

- 1 Centro de salud con internación
3 Hospital de segundo nivel

- 2 Centro de salud integral
4 Hospital de tercer nivel

9 ¿Cuántas zonas/comunidades abarca su área de influencia?

_____ comunidades, zonas

10 ¿Cuáles son las zonas/comunidades que abarca su área de influencia?

11 Población de área de influencia

--	--	--	--	--	--

personas

12 ¿El establecimiento de salud cuenta con internet?

Sí

No → Pase a 14

13 ¿Cuál es el ancho de banda?

--	--

megabits por segundo (Mbps)

14 Marque con "X" horarios y días de atención

- 24 hrs./día
12 hrs./día
6 hrs./día
No atiende

L	M	M	J	V	S	D

SECCIÓN 2: Características de áreas y servicios básicos que poseen los establecimientos de salud [Todos los niveles]

Parte 1: Áreas

1 ¿El establecimiento de salud cuenta con...? [Selección múltiple]

- a Recepción/Archivo
 c Almacén
 e Laboratorio
 g Central de equipos
 i Sala de emergencias
 k Sala de pre-parto
 m Sala de post-parto
 o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
 q Unidad de transfusión de sangre
 s Cuarto control de infecciones
 u Baño para personal de salud

- b Farmacia
 d Enfermería
 f Rayos X
 h Sala de quirófano
 j Sala hospitalización ginecoobstétrica (internación)
 l Sala de parto
 n Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos
 p Sala de neonatología
 r Sala de aislamiento
 t Área de disposición de residuos sólidos
 v Baño público

SECCIÓN 2: Características de áreas y servicios básicos que poseen los establecimientos de salud [Todos los niveles]

Parte 2: Servicios

2 ¿El establecimiento de salud cuenta con agua 24 hrs./día?

Sí No

3 ¿Principalmente el agua proviene de...?

- 1 Cañería de red dentro del establecimiento de salud
- 3 Pozo perforado o entubado con bomba
- 5 Pozo excavado cubierto sin bomba
- 7 Manantial o vertiente protegida

- 2 Pileta pública
- 4 Pozo excavado cubierto con bomba
- 6 Pozo excavado no cubierto
- 8 Río/acequia/ vertiente no protegida

4 ¿El establecimiento de salud tiene desagüe a...?

- 1 Red de alcantarillado
- 3 Pozo de absorción

- 2 Cámara séptica
- 4 A la superficie (calle/quebrada/río)

Sí No

5 ¿El establecimiento de salud cuenta con energía eléctrica 24 hrs./día?

6 ¿Cuál es la principal fuente de iluminación que utiliza el establecimiento de salud? **[Selección múltiple]**

- 1 Electricidad de la red
- 3 Electricidad proveniente de panel solar

- 2 Electricidad de generador

7 ¿El establecimiento de salud cómo realiza la disposición de desechos sólidos?

- 1 Utiliza el servicio de recolección pública
- 3 Utiliza un incinerador ecológico
- 5 Otro

- 2 Utiliza un incinerador natural
- 4 Entierra

8 ¿Con cuántas camas censables cuenta el establecimiento de salud?

camas censables

SECCIÓN 3: Accesibilidad geográfica de comunidades con mayor demanda de emergencias obstétricas/neonatales [Solo nivel 2 y 3]

1 Durante el año 2024, ¿principalmente de qué municipios llegaron emergencias obstétricas al establecimiento de salud?	2 Durante el año 2024, ¿cuántos casos por emergencias obstétricas recibió de [MUNICIPIO] ?	3 ¿A qué distancia se encuentra [MUNICIPIO] de este establecimiento de salud?	4 ¿Cuánto tiempo tardan en llegar de [MUNICIPIO] a este establecimiento de salud?	5 Principal medio de transporte en el que frecuentemente llegan las emergencias obstétricas de [MUNICIPIO]
Código 1. Ambulancia 2. Taxi 3. Minibús 4. A pie 5. Otro → Especifique				

Cod.	MUNICIPIO	Casos	Kilómetros	Minutos	Código	Especifique
a						
b						
c						

6 Durante el año 2024, ¿principalmente de qué municipios llegaron emergencias neonatales al establecimiento de salud?	7 Durante el año 2024, ¿cuántos casos por emergencias neonatales recibió de [MUNICIPIO] ?	8 ¿A qué distancia se encuentra [MUNICIPIO] de este establecimiento de salud?	9 ¿Cuánto tiempo tardan en llegar de [MUNICIPIO] a este establecimiento de salud?	10 Principal medio de transporte en el que frecuentemente llegan las emergencias neonatales de [MUNICIPIO]
Código 1. Ambulancia 2. Taxi 3. Minibús 4. A pie 5. Otro → Especifique				

Cod.	MUNICIPIO	Casos	Kilómetros	Minutos	Código	Especifique
a						
b						
c						

SECCIÓN 4: Referencia y contrarreferencia [Todos los niveles]

1 Durante el año 2024, ¿principalmente a qué establecimiento de salud se refirieron las emergencias obstétricas?	2 Durante el año 2024, ¿cuántos casos por emergencias obstétricas se refirieron a [ESTABLECIMIENTO]?	3 ¿A qué distancia se encuentra [ESTABLECIMIENTO] de este establecimiento de salud?	4 ¿Cuánto tiempo tardan en llegar de [ESTABLECIMIENTO] a este establecimiento de salud?	5 Principal medio de transporte en el que frecuentemente llegan las emergencias obstétricas de [ESTABLECIMIENTO]	6 Del total de casos referidos a [ESTABLECIMIENTO], ¿cuántos fueron contrarreferidos a este establecimiento de salud?								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Código</td> </tr> <tr> <td>1. Ambulancia</td> <td>2. Taxi</td> </tr> <tr> <td>3. Minibús</td> <td>4. A pie</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Otro → Especifique</td> </tr> </table>						Código		1. Ambulancia	2. Taxi	3. Minibús	4. A pie	5. Otro → Especifique	
Código													
1. Ambulancia	2. Taxi												
3. Minibús	4. A pie												
5. Otro → Especifique													

Cód	ESTABLEC.	Casos	Kilómetros	Minutos	Código	Especifique	Casos
a							
b							
c							

7 Durante el año 2024, ¿principalmente a qué establecimiento de salud se refirieron las emergencias neonatales?	8 Durante el año 2024, ¿cuántos casos por emergencias neonatales se refirieron a [ESTABLECIMIENTO]?	9 ¿A qué distancia se encuentra [ESTABLECIMIENTO] de este establecimiento de salud?	10 ¿Cuánto tiempo tardan en llegar de [ESTABLECIMIENTO] a este establecimiento de salud?	11 Principal medio de transporte en el que frecuentemente llegan las emergencias neonatales de [ESTABLECIMIENTO]	12 Del total de casos referidos a [ESTABLECIMIENTO], ¿cuántos fueron contrarreferidos a este establecimiento de salud?								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Código</td> </tr> <tr> <td>1. Ambulancia</td> <td>2. Taxi</td> </tr> <tr> <td>3. Minibús</td> <td>4. A pie</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Otro → Especifique</td> </tr> </table>						Código		1. Ambulancia	2. Taxi	3. Minibús	4. A pie	5. Otro → Especifique	
Código													
1. Ambulancia	2. Taxi												
3. Minibús	4. A pie												
5. Otro → Especifique													

Cód	ESTABLEC.	Casos	Kilómetros	Minutos	Código	Especifique	Casos
a							
b							
c							

13 ¿Qué problemas existen con la referencia? [Selección múltiple]

- a Administrativos
- b Socioculturales
- c Recurso Humano
- d Geográficos
- e Ninguno

14 ¿Qué problemas existen con la contrarreferencia? [Selección múltiple]

- a Administrativos
- b Socioculturales
- c Recurso Humano
- d Geográficos
- e Ninguno

SECCIÓN 5: Forma de Traslado [Todos los niveles]

1 El establecimiento de salud, ¿cuántas ambulancias [TIPO] tiene, posee o dispone?

TIPO

- a Terrestre tipo 1A
- b Terrestre tipo 1B
- c Terrestre tipo 2
- d Terrestre tipo 3
- e Aérea tipo A
- f Aérea tipo B
- g Otro → Especifique _____

Si no tiene anote 0

SECCIÓN 5: Forma de Traslado [Todos los niveles]

2 ¿La ambulancia cuenta con..? [Selección múltiple]

- | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a Incubadora de transporte |
| <input type="checkbox"/> | b Tanques de oxígeno cargados y aire para transporte |
| <input type="checkbox"/> | c Respirador de transporte |
| <input type="checkbox"/> | d Oxímetro de pulso |
| <input type="checkbox"/> | e Monitor de frecuencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> | f Equipo para medir tensión arterial (digital) |
| <input type="checkbox"/> | g Material desechable para intubación endotraqueal |
| <input type="checkbox"/> | h Material desechable para canalización umbilical |
| <input type="checkbox"/> | i Material desechable para colocación de venoclisis |
| <input type="checkbox"/> | j Material desechable para drenaje de neumotórax |
| <input type="checkbox"/> | k Ninguno |

3 ¿Qué personal acompaña en la ambulancia habitualmente?
[Selección múltiple]

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a Médico |
| <input type="checkbox"/> | b Enfermera |
| <input type="checkbox"/> | c Otro → Especifique _____ |

4 Para el traslado de pacientes con emergencia obstétrica y/o neonatal, ¿el establecimiento de salud...?

- a** Avisa al hospital de referencia
- b** Llena formulario de referencia
- c** Se logra satisfactoriamente la referencia

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí → Pase a 4b | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | Sí → Pase a 4c | <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

6 ¿Por qué no?

SECCIÓN 6: Determinación del nivel de los CONE [Todos los niveles]

1 ¿El establecimiento de salud cuenta con [ÍTEM]?

ÍTEM

- a** Estetoscopio
- b** Esfigmomanómetro
- c** Estetoscopio de Pinard o DeLee-Hillis
- d** Balanza de pie
- e** Pinza obstétrica del CLAP
- f** Tecnología perinatal del CLAP
- g** Reflector quirúrgico
- h** Equipo para parto (kit de parto)
- i** Equipo para inserción de DIU
- j** Equipo de AMEU
- k** Tanque de oxígeno
- l** Doppler fetal portátil
- m** Laparoscopio
- n** Cánula de succión
- o** Bolsa de reanimación para adultos
- p** Bolsa de reanimación neonatal
- q** Equipo para cesárea
- r** Equipo para legrado intrauterino
- s** Máquina de anestesia
- t** Tanque de óxido nitroso
- u** Autoclave
- v** Monitor de signos vitales
- w** Desfibrilador
- x** Monitor fetal cardiotocografo
- y** Combustible

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No