

ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE
BRINDAN CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES

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 ☐ 2 La Paz ☐ 3 Cochabamba
☐ 4 Oruro ☐ 5 Potosí ☐ 6 Tarija
☐ 7 Santa Cruz ☐ 8 Beni ☐ 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 ☐ 2 Centro de salud integral
☐ 3 Hospital de segundo nivel ☐ 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
- | | L | M | M | J | V | S | D |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24 hrs./día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 hrs./día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 hrs./día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No atiende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a Recepción/Archivo | <input type="checkbox"/> b Farmacia |
| <input type="checkbox"/> c Almacén | <input type="checkbox"/> d Enfermería |
| <input type="checkbox"/> e Laboratorio | <input type="checkbox"/> f Rayos X |
| <input type="checkbox"/> g Central de equipos | <input type="checkbox"/> h Sala de quirófano |
| <input type="checkbox"/> i Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> j Sala hospitalización ginecoobstétrica (internación) |
| <input type="checkbox"/> k Sala de pre-parto | <input type="checkbox"/> l Sala de parto |
| <input type="checkbox"/> m Sala de post-parto | <input type="checkbox"/> n Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos |
| <input type="checkbox"/> o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales | <input type="checkbox"/> p Sala de neonatología |
| <input type="checkbox"/> q Unidad de transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> r Sala de aislamiento |
| <input type="checkbox"/> s Cuarto control de infecciones | <input type="checkbox"/> t Área de disposición de residuos sólidos |
| <input type="checkbox"/> u Baño para personal de salud | <input type="checkbox"/> 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...?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Cañería de red dentro del establecimiento de salud | <input type="checkbox"/> 2 Pileta pública |
| <input type="checkbox"/> 3 Pozo perforado o entubado con bomba | <input type="checkbox"/> 4 Pozo excavado cubierto con bomba |
| <input type="checkbox"/> 5 Pozo excavado cubierto sin bomba | <input type="checkbox"/> 6 Pozo excavado no cubierto |
| <input type="checkbox"/> 7 Manantial o vertiente protegida | <input type="checkbox"/> 8 Río/acequia/ vertiente no protegida |
- 4 ¿El establecimiento de salud tiene desagüe a...?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Red de alcantarillado | <input type="checkbox"/> 2 Cámara séptica |
| <input type="checkbox"/> 3 Pozo de absorción | <input type="checkbox"/> 4 A la superficie (calle/quebrada/río) |
- 5 ¿El establecimiento de salud cuenta con energía eléctrica 24 hrs./día? ☐ Sí ☐ No
- 6 ¿Cuál es la principal fuente de iluminación que utiliza el establecimiento de salud? [Selección múltiple]
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Electricidad de la red | <input type="checkbox"/> 2 Electricidad de generador |
| <input type="checkbox"/> 3 Electricidad proveniente de panel solar | |
- 7 ¿El establecimiento de salud cómo realiza la disposición de desechos sólidos?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Utiliza el servicio de recolección pública | <input type="checkbox"/> 2 Utiliza un incinerador natural |
| <input type="checkbox"/> 3 Utiliza un incinerador ecológico | <input type="checkbox"/> 4 Entierra |
| <input type="checkbox"/> 5 Otro | |
- 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] Código 1. Ambulancia 2. Taxi 3. Minibús 4. A pie 5. Otro → Especifique	6 Del total de casos referidos a [ESTABLECIMIENTO], ¿cuántos fueron contrarreferidos a este establecimiento de salud?		
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] Código 1. Ambulancia 2. Taxi 3. Minibús 4. A pie 5. Otro → Especifique	12 Del total de casos referidos a [ESTABLECIMIENTO], ¿cuántos fueron contrarreferidos a este establecimiento de salud?		
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]

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

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

- ☐ a Médico
- ☐ b Enfermera
- ☐ 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

- ☐ Sí → Pase a 4b
- ☐ Sí → Pase a 4c
- ☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No
- ☐ 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 cardiotocógrafo
- 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
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No