

607	¿Cuál es su forma de vinculación con esta institución?	Contrato de trabajo	1	<input type="checkbox"/>
		Contrato de prestación de servicios	2	<input type="checkbox"/>
		En comisión	3	<input type="checkbox"/>
		Es un pasante	4	<input type="checkbox"/>
		Hace trabajo voluntario	5	<input type="checkbox"/>
		Contratado a través de cooperativa	6	<input type="checkbox"/>
608	¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución? <i>Si ha trabajado por períodos discontinuos, registre el tiempo desde la última vinculación</i>	En días	1	<input type="checkbox"/>
		En meses	2	<input type="checkbox"/>
		En años	3	<input type="checkbox"/>

VII. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES CRÍTICAS DE LA ATENCIÓN

701	En su concepto, las condiciones físicas del área de atención obstétrica, como tamaño, luz, ventilación, calidad de pisos, paredes y techos, entre otros, ¿son las apropiadas para...?:	<p>a. Realizar todas las actividades requeridas correctamente:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Garantizar privacidad para la atención de la usuaria</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Proteger su salud, la de la usuaria y la del recién nacido</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
702	En su concepto, los muebles y equipos disponibles en el área de atención obstétrica, son:	<p>a. Suficientes para realizar la atención de forma oportuna:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. De calidad apropiada para realizar todas las actividades requeridas en la atención obstétrica:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Suficientes para explicar a la usuaria su situación y orientar su tratamiento:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Son suficientes para proteger su salud, la de la usuaria y la del recién nacido:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
703	Los insumos disponibles en el área de atención obstétrica, es decir materiales de curación o examen, guantes, papelería, material de educación, medicamentos, son los suficientes para...:	<p>a. Realizar oportunamente la atención obstétrica</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Realizar correctamente todas las actividades de la atención obstétrica:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Explicar a la usuaria su situación y tratamiento:</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Proteger su salud, la de la usuaria y la del recién nacido</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
704	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS contados hasta hoy, ¿la falta de algún insumo crítico afectó la calidad de la atención obstétrica realizada por usted?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 708</p>
705	¿Cuál es el insumo faltante más importante?	_____
706	¿Durante cuántos de los ÚLTIMOS 30 DÍAS , faltó este insumo?	_____

707	¿En el día de hoy, aún falta este insumo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/>		
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>		
	En su concepto, durante la SEMANA CALENDARIO ANTERIOR de lunes a domingo, ¿Para cada uno de los siguientes procedimientos o actividades de atención obstétrica, dígame si pudo realizarse con suficiencia y seguridad? <i>(leer tres primeras opciones de respuesta)</i>	Sí, todas las veces	Sí, algunas veces		
		No, ninguna	No aplica		
708	Aplicación de antibióticos parenterales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
709	Aplicación de drogas oxitóxicas de administración parenteral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
710	Aplicación de medicamentos por vía parenteral para el tratamiento de la eclampsia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
711	Extracción manual de la placenta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
712	Procedimientos de cirugía	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
713	Extracción manual de productos retenidos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
714	Procedimientos de anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
715	Procedimientos de transfusión sanguínea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
716	¿Tiene definido la institución un procedimiento para la remisión de pacientes a otra institución de mayor nivel de complejidad, cuando la situación de la usuaria así lo requiere?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → 720		
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 720		
717	¿Conoce usted este procedimiento?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → 719		
718	¿Me permite ver el documento que explica el procedimiento de remisión de usuarias a otro nivel de complejidad?	Verificado	1 <input type="checkbox"/> → 720		
		No verificado	2 <input type="checkbox"/> → 720		
719	¿Cuál es la principal razón para que dicho procedimiento no sea conocido por usted?	Nunca se lo han entregado	1 <input type="checkbox"/>		
		No es el responsable de la remisión de pacientes	2 <input type="checkbox"/>		
		Es un procedimiento administrativo	3 <input type="checkbox"/>		
		Otro. ¿Cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>		
720	De la siguiente lista, en el día de hoy, ¿Cuáles equipos se encuentran disponibles en la institución, para la atención obstétrica?	No disponible	Sí, disponible		
		¿Cuántos hay?	¿Cuántos Funcionan?		
	a. Equipo de succión	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Equipo básico de reanimación de adultos	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Equipo básico de reanimación del recién nacido	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Lámpara cuello de cisne	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Lámpara de calor radiante	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Mesa de atención del parto	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Equipos de atención de partos	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	h. Equipos de episiotomía y episiorrafia	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	i. Mesa para la atención del recién nacido	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Tallímetro	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	k. Pesa bebe	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	l. Equipo de monitoreo fetal	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	m. Incubadora estándar	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	n. Ecógrafo	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
721	◀ Entrevistador@ Verifique 601. ¿Este es un servicio de alta complejidad?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → ☒		
722	¿Existe un consultorio para examen?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → 724		

723	En este consultorio hay:	a. Camilla ginecológica con estribos ajustables	Sí	No
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		b. Equipo de monitoreo fetal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		c. Tensiómetro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
724	¿Existe un área de preparto ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	→ 726
725	En esta área hay:	a. ¿Cama hospitalaria de 2 o 3 planos?	Sí	No
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		b. ¿Equipo de succión?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		c. ¿Ecógrafo con transductor vaginal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		d. ¿Doppler obstétrico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		e. ¿Equipo para amniocentesis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		f. ¿Bombas de infusión?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
726	En salas de parto hay:	a. ¿Equipo para revisión del canal del parto?	Sí	No
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
727	¿Existe unidad de cuidado obstétrico ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	→ <input checked="" type="checkbox"/>
728	En esta unidad hay:	a. ¿Cama hospitalaria de dos o tres planos?	Sí	No
			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		b. ¿Monitores de signos vitales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		c. ¿Bombas de infusión continua?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		d. ¿Oxímetro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>