

## ENCUESTA A DIRECTORES DE SALUD PARA ADOLESCENTES

### INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado para el encargado del establecimiento de salud

Buen día

Mi nombre es .....

y trabajo para .....

Nos encontramos realizando una evaluación de la calidad de la atención prestada a los y las adolescentes en este establecimiento de salud en nombre del Ministerio de Salud. Me gustaría hacerle unas preguntas a usted y a su equipo a través de unas encuestas. Luego, me gustaría aplicar un instrumento de observación sobre el ambiente para la atención de salud y tener acceso a algunos de sus registros.

Adicionalmente, me gustaría conocer acerca de las prestaciones que entrega el establecimiento de salud y de los insumos disponibles. Los datos recabados en esta encuesta se manejaran de forma anónima y la información se utilizara para evaluar la calidad y cobertura de los servicios de salud para adolescentes, la misma podría ser divulgada en espacios institucionales y científicos conservando el anonimato del establecimiento de salud que usted dirige. La realización de las encuestas que puede ser respondida online tomará unos 45 minutos y la aplicación del instrumento de observación unos 35 a 40 minutos.

Declaró que me han resuelto todas las dudas en relación con la encuesta y el instrumento de observación

¿Podemos comenzar?

El encargado del establecimiento de salud está de acuerdo en participar en la encuesta:

Si ..... No .....

Se concede el permiso para la observación: Si ..... No .....

Nombre/Firma del encargado  
del establecimiento de salud :

.....

## I. Identificación del establecimiento de Salud

Nombre de la institución:				Código del establecimiento	
Nombre encargado del establecimiento de salud					
<b>1. ¿Cuánto tiempo lleva ocupando este cargo?</b>		_____ (años) _____ (meses)			
Dirección					
Departamento:		Municipio/sector :		Barrio/comunidad:	

## II. Resultado de la encuesta

Fecha:	_____ (dd/mm/aaaa)	Resultado:	<b>1:</b> Completa <b>2:</b> Parcialmente completa <b>3:</b> No realizada (dar razón)		
Motivo por no realizar encuesta:					
Observaciones/comentarios					
Encuesta realizada por:		Fecha:			
Hora de inicio:		Hora de termino:			

### Persona que aplica encuesta:

Nombre		Firma:	
--------	--	--------	--

<b>2.</b> <b>Del Equipo de trabajo en salud para adolescentes</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermera Obstetra</b>	<b>Psicólogos</b>	<b>Trab. Sociales</b>	<b>Enfermeras</b>	<b>Otro (especificar)</b>
<b>a)</b> ¿Cuántos profesionales están encargados de la atención de adolescentes?						
<b>b)</b> ¿Cuántas horas a la semana por profesional, son dedicadas a la atención de adolescentes?						
<b>c)</b> ¿Cuántos profesionales están capacitados para atender adolescentes?						

<b>3.</b> <b>¿Podría decirnos cuál de estos temas se han brindado en la capacitación de los profesionales que atienden adolescentes?</b>			
<b>a)</b> Enfoque de salud integral de adolescentes con enfoque de derechos	SI	NO	No sabe
<b>b)</b> Habilidades de comunicación efectiva con adolescentes y familias	SI	NO	No sabe
<b>c)</b> Habilidades de consejería/asesoramiento para adolescentes	SI	NO	No sabe
<b>d)</b> Aspectos bioéticos y legales en la atención de adolescentes	SI	NO	No sabe
<b>e)</b> Política de privacidad y confidencialidad	SI	NO	No sabe
<b>f)</b> Manejo de casos clínicos de adolescentes	SI	NO	No sabe
<b>g)</b> Manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, inmigrantes, afrodescendientes, pueblos originarios o indignas, adolescentes en conflicto con la ley)	SI	NO	No sabe
<b>h)</b> Competencias para la recolección, registros y análisis de dato para mejorar la calidad de la atención	SI	NO	No sabe

**4.**

**¿Cómo encargado del establecimiento de Salud, ha recibido capacitación en alguna de las siguientes áreas?**

<b>a)</b> Orientación en la atención a la salud integral de adolescentes	SI	NO	No sabe
<b>b)</b> Capacitación en mejoras en la calidad de la atención a la salud integral de adolescentes	SI	NO	No sabe
<b>c)</b> Capacitación en el acompañamiento técnico para la atención a la salud integral de adolescentes	SI	NO	No sabe

**5.**

**¿Cuenta con descripción del cargo y las funciones para cada categoría del personal empleado que esta a cargo de la atención de salud para adolescentes?**

	SI	NO	No sabe
--	----	----	---------

**6.**

**¿ Está incluido un enfoque sobre la atención a la salud integral de los y las adolescentes, en la descripción de las funciones de los siguientes profesionales:**

<b>a)</b> Médico	SI	NO	
<b>b)</b> Enfermera Obstetra	SI	NO	
<b>c)</b> Trabajador(a) Social	SI	NO	
<b>d)</b> Psicólogo(a)	SI	NO	
<b>e)</b> Enfermera(o)	SI	NO	
<b>f)</b> Otro (especificar)	SI	NO	

**7.**

**¿Maneja alguna de las siguientes Normas, protocolos, guías para la atención de salud de adolescentes?**

<b>a)</b> Manejo de casos clínicos y la atención de calidad para adolescentes:			
Componente Nacional de Salud integral de adolescentes y Jóvenes.	SI	NO	
Guía para la atención integral de la salud de adolescentes.	SI	NO	
Normas para Consejería/asesoramiento.	SI	NO	

<b>b)</b> Orientaciones sobre cuales servicios deben ser proporcionados en la atención brindada a los y las adolescentes y cuales en la comunidad	SI	NO
<b>c)</b> Normas de referencia y contra referencia	SI	NO
<b>d)</b> Política sobre la protección de la privacidad y la confidencialidad de los adolescentes, con equidad y sin discriminación	SI	NO
<b>e)</b> Orientaciones /Protocolos/Guías acerca del consentimiento informado	SI	NO
<b>f)</b> Protocolo de definición de responsabilidades y funciones del personal para que el establecimiento de salud resulte un lugar acogedor, cómodo y limpio	SI	NO
<b>g)</b> Directrices para la agenda de citas y horas de atención	SI	NO
<b>h)</b> Orientaciones acerca de prestar servicios a adolescentes a través de agendas y de forma espontánea	SI	NO
<b>i)</b> Orientaciones acerca del auto monitoreo de la calidad de la atención integral prestada a adolescentes	SI	NO
<b>j)</b> Orientaciones acerca del como involucrar adolescentes, en la planificación del servicio, la forma que este se entrega y la evaluación para su mejora	SI	NO
<b>k)</b> Protocolos de reconocimiento del personal por su trabajo destacado	SI	NO
<b>l)</b> Orientaciones acerca del acompañamiento técnico de la atención de salud del adolescente, con pautas evaluativas	SI	NO

## 8.

**¿Lleva a cabo de forma regular visitas de acompañamiento técnico con enfoque en la atención a la salud del adolescente a:**

<b>a)</b> ¿Profesionales de la salud?	SI	NO
<b>b)</b> ¿Al personal de apoyo técnico, (ejemplo: auxiliar de servicio, entre otros)?	SI	NO

## 9.

**¿Su servicio de salud para adolescentes realiza en forma regular auto-evaluaciones para:**

<b>a)</b> Identificar las expectativas de los y las adolescentes acerca de los servicios brindados?	SI	NO
<b>b)</b> ¿Saber más sobre la experiencia de atención a los y las adolescentes?	SI	NO
<b>c)</b> ¿Evaluar la calidad del establecimiento de salud?	SI	NO
<b>d)</b> ¿Establecer planes de mejora?	SI	NO
<b>e)</b> ¿Informar sobre las prioridades del acompañamiento técnico?	SI	NO

**10.**

**¿Están presentes y visibles en el servicio de salud para adolescentes los siguientes elementos informativos?:**

a) Política sobre la protección de la privacidad y la confidencialidad de los adolescentes, con equidad y sin discriminación	SI	NO
b) Principios bioéticos para la atención de adolescentes	SI	NO
c) Derechos sexuales y reproductivos	SI	NO

**11.**

**En su establecimiento de salud ¿Se encuentran establecidos los siguientes procedimientos para garantizar la privacidad, la confidencialidad y la seguridad de los y las adolescentes?**

a) Información sobre la identidad del adolescente y sobre cómo resolver los problemas que puedan aparecer durante el registro	SI	NO
b) El personal no revelará ninguna información dada o recibida de un(a) adolescente a terceros (a excepción de riesgo vital), sin el consentimiento de los y las adolescentes	SI	NO
c) Los expedientes clínicos se mantiene en un lugar seguro, accesible solo al personal autorizado	SI	NO
d) Se aplican medidas para evitar el acceso no autorizado a información recopilada de forma electrónica	SI	NO
e) Para mantener la privacidad durante la consulta, existen cortinas en las ventanas, puertas y un biombo que separa el área de consulta del área de exámenes.	SI	NO

**12.**

**¿Existe un sistema para recopilar los datos de las atenciones brindadas a adolescentes, desglosado por edad, sexo y motivo de consulta/diagnóstico?**

	SI	NO
--	----	----

**13.**

**¿Incluyen informes para el sector del nivel inmediato superior, sobre la utilización de los servicios por parte de los adolescentes, diferenciados por edad, sexo y causa específica de consulta?**

	SI	NO
--	----	----

<b>14.</b> <b>¿Reporta al sector del nivel inmediato superior sobre la calidad de la atención con un enfoque en los adolescentes?</b>	SI	NO
<b>15.</b> <b>¿Podría asegurar que los sistemas están acondicionados para:</b>	SI	NO
<b>a)</b> ¿Adquisición y gestión de existencias de medicamentos y anticonceptivos necesarios para brindar la prestación de servicios a adolescentes?	SI	NO
<b>b)</b> ¿Adquisiciones, inventario, mantenimiento y uso seguro de los equipos apropiados para ofrecer las prestaciones de servicios a adolescentes?	SI	NO
<b>c)</b> ¿Servicios básicos tales como electricidad, agua, saneamiento y eliminación segura de desechos?	SI	NO
<b>16.</b> <b>¿Tiene el servicio de salud para adolescentes un plan documentado:</b>		
<b>a)</b> Para informar a los adultos, al momento de su visita al establecimiento de salud y durante las reuniones de la comunidad sobre el servicio de salud para adolescentes?	SI	NO
<b>b)</b> Para informar a los adolescentes en la comunidad (centros educacionales, círculos, reuniones comunitarias) acerca de su salud y de los servicios disponibles?	SI	NO
<b>c)</b> Para la prestación de servicios de salud en las comunidades?	SI	NO
<b>d)</b> Para acciones que permitan mejorar la calidad de la atención basados en el resultado de la auto-evaluación?	SI	NO
<b>17.</b> <b>¿Cuenta con un presupuesto o acceso a capacitación que garantice:</b>		
<b>a)</b> Actividades de educación continua para profesionales en atención de salud integral de adolescentes	SI	NO
<b>b)</b> La capacitación para personal de apoyo técnico (ejemplo auxiliar) en la atención integral de salud para adolescentes	SI	NO
<b>c)</b> La información de adolescentes en la forma para acceder y usar ciertos servicios (por ejemplo en educación en salud y consejería)	SI	NO

<b>d)</b> El mantenimiento en buen estado de los servicios básicos	SI	NO
<b>e)</b> Mantener el establecimiento de salud acogedor y limpio	SI	NO
<b>f)</b> Reconocer al personal por su trabajo destacado	SI	NO

**18.****¿Tiene a la mano las listas actualizadas de?:**

<b>a)</b> Instituciones y organizaciones de la red que prestan servicios a adolescentes en el territorio.	SI	NO
<b>b)</b> Medicamentos, anticonceptivos y el equipo necesario.	SI	NO
<b>c)</b> Prestaciones adolescentes incluidos en el modelo de salud familiar y comunitario.	SI	NO

**19a.****¿Cuenta su establecimiento de salud para adolescentes con una estructura que incluya miembros de la comunidad, que lo aconsejen acerca de cómo planificar servicios y mejorarlos?**

	SI	NO
<b>19b.</b> <b>¿Existe consejos consultivos de adolescentes?</b>	SI	NO

**NOTA:** Pida al Encargado cuando aplique la pauta de observación mostrar las normas, guías, protocolos, listas y otros cuando responda que existen.

Finalice la encuesta dando las gracias