



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
DIRECCION DE SALUD PÚBLICA

## GUÍA DE OBSERVACIÓN II: RECEPCION DE LA USUARIA

El propósito de esta sección es observar a una usuaria desde el momento en que ingresa a la institución de salud hasta que se encuentra con el proveedor del servicio.

### Información General

1. Nombre del Observador/a: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la Institución de Salud: \_\_\_\_\_
3. Fecha de observación: \_\_\_\_\_
4. Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_

### Área de Facturación

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de facturación SI o NO

NO	SI
5. ¿Se saluda a la usuaria cuando ingresa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Se le pregunta con cortesía para que servicio se dirige?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. ¿Se le indica dónde debe ir (a sentarse o a una fila en particular)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Se le informa sobre cuánto tiempo debe esperar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Se le exigen documentos para ser atendida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. ¿Debe usted pagar el servicio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Comentarios (especificar los documentos y/o situaciones especiales)

---

---

---

---

---

**Área de Recepción**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de recepción SI o NO  
(En caso de que se realice preconsulta)

	SI	
<b>NO</b>		
11. ¿Se saluda a la usuaria cuando ingresa en el servicio de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se le pregunta con cortesía en que se le puede ayudar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le indica dónde debe ir (a sentarse o a una fila en particular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Se le informa sobre cuánto tiempo debe esperar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se le invita a tomar asiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios (especificar el proceso realizado y/o situaciones especiales)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Área de Espera**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de espera SI o NO

	SI	
<b>NO</b>		
16. ¿Se desarrolla alguna de las siguientes actividades?		
a. Vídeos educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Charlas informales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Discusiones de grupo con el personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Provisión de materiales educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Programas de televisión (no educativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O medicamentos solicitados?

24. ¿Se le solicitan documentos para la entrega de Micronutrientes u otros medicamentos?

 

Comentarios (especificar los documentos solicitados y/o situaciones especiales)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Área de Laboratorio**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de laboratorio SI o NO

En caso de no utilizar este servicio preguntar a la gestante

**SI**

**NO**

24. ¿Se saluda a la usuaria?

 

25. ¿Se le pregunta con cortesía en que se le puede ayudar?

 

26. ¿Se le cobra por el procedimiento a realizar, debe facturar?

 

27. ¿Se le solicitan documentos para la toma del laboratorio?

 

Al tomar los laboratorios:

28. Se le indica el procedimiento que le van a realizar

 

29. Se le indica cuando y en que lugar reclamar los resultados

 

Comentarios (especificar los documentos solicitados y/o situaciones especiales -- exámenes de laboratorio que no ofertan y lugar de referencia)

---

---

---

---

f. Otros (especifique)

---

---

---

17. En caso de que la usuaria lleve a sus hijos a que la acompañen a la consulta:

Se dispone de algo (libros, juegos, etc.) para entretener a los Niños en el área de espera

El personal de la institución de salud muestra una actitud positiva hacia los niños

18. ¿Hay asientos suficientes en el área de espera?

19. ¿Cuántas usuarias están de pie por falta de asientos? \_\_\_\_\_

Comentarios (especificar situaciones especiales)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Área de Consulta** (Aplicación de la Guía de entrevista de salida)

**Área de Farmacia**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de farmacia SI o NO

NO	SI
20. ¿Se saluda a la usuaria?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. ¿Se le pregunta con cortesía en que se le puede ayudar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. ¿Se le cobra por la entrega de micronutrientes u Otros medicamentos, debe facturar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. ¿Se le entregan completos los micronutrientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

---

---

---

---

**Área de Citas Médicas**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de citas médicas SI o NO

- |   | NO                       | SI                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 30. ¿Se saluda a la usuaria?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Se le pregunta con cortesía la cita que desea solicitar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Se le indica variedad de fechas probables?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Se le da a escoger la fecha y el horario                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Se le impone la fecha y el horario                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios (especificar el proceso realizado y/o situaciones especiales)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Área de Ecografía**

Marque todas las actividades que se desarrollan en el área de ecografía SI o NO  
En caso de no utilizar este servicio, preguntar a la gestante

- |   | NO                       | SI                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 35. ¿Se saluda a la usuaria?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ¿Se le pregunta con cortesía en que se le puede ayudar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?

---

---

---

13. En la institución ¿están implementando el Plan de choque?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?  
*Pase a la # 14*      *Pase a la # 16*

---

---

---

14. Describa las actividades contempladas en el plan de choque de su institución

---

---

---

---

---

---

15. En su concepto ¿que impacto ha tenido el plan de choque en el trabajo diario de \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ institución?

---

---

---

---

16. ¿Conoce usted el plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?

---

---

---

17. En la institución ¿están implementando el Plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?  
Pase a la # 18 Pase a la # 20

---

---

---

---

18. Describa las actividades contempladas en el plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita de su institución

---

---

---

---

---

---

---

19. En su concepto ¿que impacto ha tenido el plan de eliminación de sífilis gestacional y congénita en el trabajo diario de la institución?

---

---

---

---

---

20. ¿Conoce usted el programa de transmisión perinatal VIH?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?

---

---

---

---

21. En la institución ¿están implementando el Programa de transmisión perinatal VIH?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué No?  
Pase a la # 22 Pase a la # 24

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Describa las actividades contempladas en el programa de transmisión perinatal de su institución

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. En su concepto ¿que impacto ha tenido el programa de transmisión perinatal VIH en el trabajo diario de la institución?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Clima Institucional**

24. ¿Hizo alguna sugerencia y/o recomendación a la gerencia respecto a la atención Prenatal en el último año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 23

25. ¿Algunas de estas sugerencias han sido puestas en práctica?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 27

26. ¿Cuál fue la sugerencia/recomendación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. En general, ¿siente que la gerencia es receptiva a las sugerencias/ Recomendaciones de los profesionales de salud?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

28. ¿Siente que la institución de salud le motiva a realizar sugerencias?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

29. En general, cómo definiría el ambiente de trabajo con respecto a los demás empleados dentro de la institución (supervisores, personal técnico y de apoyo)? Elija una:

a. **Colectivo/equipo:** El personal trabaja en equipo y resuelve los problemas en grupos. Cada empleado tiene voz y voto, no solamente el que está en alto nivel o en la gerencia y supervisión. Los hombres y las mujeres son igualmente tomados en

Consideración cuando se toman decisiones. Existe coordinación, cooperación y Comunicación entre todo el personal.

b. **Jerárquico:** Todas las decisiones son tomadas desde la gerencia sin Cooperación ni consulta con los niveles inferiores.

c. **Semi-jerárquico:** Se refiere a una institución en la cual el trabajo es entre colectivo y jerárquico.

#### **Consideración Hacia las usuarias de la Institución de Salud**

30. ¿A qué hora comienzan a llegar las usuarias al servicio de salud?

\_\_\_\_\_

—

31. ¿A qué hora se abre la institución de salud oficialmente?

\_\_\_\_\_

—

32. ¿A qué hora llegan los médicos?

\_\_\_\_\_

—

33. ¿Existe un tiempo de espera entre el tiempo de llegada de los médicos a la institución de salud y el momento en que éstos inician la atención a las usuarias?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

34. ¿Existen mecanismos para conocer las necesidades de las usuarias (por ej. Buzones de reclamos y/o sugerencias, encuestas de satisfacción).

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

35. ¿Se ha realizado un estudio para evaluar los niveles de satisfacción de la usuaria en los últimos dos años en la institución?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No Sabe \_\_\_\_\_  
Pase a # 31ª Pase a # 36 Pase a # 36

a. Si se realizó el estudio ¿cuales fueron los principales hallazgos del estudio?

---

---

---

---

No sabe \_\_\_\_\_

**Contenido de la Consulta**

36. En general, ¿se tratan los siguientes temas durante las consultas?

<b>Nunca</b>	<b>Siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	
a. Factores Protectores (Medidas Higiénicas, Dieta, Sexualidad, Sueño, Vestuario, Ejercicio, Importancia control prenatal, vacunación y Atención del Parto Institucional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Autoestima y Autocuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Signos de Alarma (HTA, Cefalea, Edema matutino, Dolor epigástrico, Trastornos visuales y auditivos, Actividad Uterina, Sangrado Genital o Amniorrea, Sintomatología Urinaria o Leucorrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lactancia Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Curso Psicoprofilactico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prevención de Automedicación y del Consumo del Tabaco, Alcohol y Sustancias Psicoactivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Planificación Familiar Posparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿Cuáles son las barreras que hacen que los temas de discusión sean difíciles de tratar?

---

---

---

38. ¿Existen algunos servicios dentro de la Atención Prenatal para los cuales la usuaria necesita el consentimiento de su pareja?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 34ª      pase a la # 39

a. ¿Cuáles son estos servicios?

---

---

---

39. ¿Qué recomendaciones y/o información proporciona UD. a una mujer que viene a la consulta con un embarazo no deseado?

---

---

---

---

40. ¿Qué recomendaciones y/o información proporciona a una mujer que acude con Preguntas sobre el aborto?

---

---

---

---

41. ¿Conoce el Modelo Biopsicosocial para la Disminución de la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 41ª      Pase a # 42

41a. Aplica el Modelo Biopsicosocial en la atención a las gestantes

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Por \_\_\_\_\_ qué?

---

---

---

Sí (Especifique el mecanismo de aplicación y se ha sido capacitado en la aplicación del mismo)

---

---

---

---

---

42. En su concepto ¿que impacto ha tenido el modelo biopsicosocial en el trabajo diario de la institución?

---

---

---

---

43. En el último mes, ¿con qué frecuencia mencionó el uso de métodos de planificación familiar posparto a las usuarias?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

---

44. ¿Bajo qué circunstancias promueve el uso de métodos de planificación familiar Posparto?

---

---

---

---

45. ¿Con qué frecuencia promueve el examen de citología cervicouterina en las consultas de control prenatal?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

46. ¿En qué circunstancias promueve el examen de citología cervicouterina en las consultas de control prenatal?

---

---

---

---

---

47. ¿Con qué frecuencia promueve el examen de serología en las consultas de control prenatal en el primer y tercer trimestre?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

48. ¿En qué circunstancias promueve el examen de serologías en las consultas de control prenatal en el primer y tercer trimestre?

---

---

---

---

---

49. ¿Con qué frecuencia promueve el examen de VIH/SIDA en las consultas de control prenatal?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

50. ¿En qué circunstancias promueve el examen de VIH/SIDA en las consultas de control prenatal en el tercer trimestre?

---

---

---

---

---

51. ¿Con qué frecuencia promueve el examen de Hepatitis B en las consultas de control prenatal?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

52. ¿En qué circunstancias promueve el examen de Hepatitis B en las consultas de control prenatal en el tercer trimestre?

---

---

---

---

---

53. ¿Con qué frecuencia promueve el Curso Psicoprofilactico en las consultas de control prenatal?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_

54. ¿En qué circunstancias promueve el Curso Psicoprofilactico en las consultas de control prenatal?

---

---

---

---

---

55. ¿Tiene algunos comentarios o sugerencias adicionales sobre los servicios que se proveen en la institución de salud para la atención prenatal?

---

---

---

---

---

56. Toma usted los signos vitales y medidas antropométricas en cada consulta de control prenatal?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_  
Pase a # 56ª                      Pase a # 56ª                      Pase a # 57

56ª.  
Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. Realiza el seguimiento a las curvas de ganancia de peso, altura uterina y presión arterial diastólica/media?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 57ª Pase a # 58

57ª. En que semana de gestación realiza usted este seguimiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58. Realiza usted la prueba de Roll over test?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Pase a # 58ª Pase a # 59

58ª. En que semana de gestación realiza usted el procedimiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

59. En caso de sífilis gestacional determine el proceso a seguir.

---

---

---

---

---

---

---

60. En caso de sífilis congénita determine el proceso a seguir.

---

---

---

---

---

---

---

61. En caso de una gestante con VIH determine el proceso a seguir.

---

---

---

---

---

---

---

19. En la consulta le realizaron:

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Toma de presión arterial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medición de Altura Uterina   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Verificación del Peso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Examen Ginecológico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Maniobras de Leopold   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Toma de signos vitales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Diligenciamiento y entrega del carnet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Oferta (citología, VIH/HB, curso psic., vacuna, Odontología, método de PF postparto) |                          |                          |

**Relaciones Interpersonales**

- |  | En forma amable          | En forma no amable       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19a. ¿Cómo fue tratada por el/la enfermero/a?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19b. ¿Cómo fue tratada por el/la médico/a?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19c. En general ¿Cómo fue el trato del personal de la institución? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. ¿Las explicaciones que le dieron en la consulta fueron fáciles de entender?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique por favor (No) \_\_\_\_\_

21. ¿La persona que le atendió, utilizó dibujos o algún material visual en sus explicaciones?

Si \_\_\_\_\_ pase a # 21a  
No \_\_\_\_\_ pase a # 21b

19. En la consulta le realizaron:

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Toma de presión arterial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medición de Altura Uterina   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Verificación del Peso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Examen Ginecológico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Maniobras de Leopold   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Toma de signos vitales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Diligenciamiento y entrega del carnet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Oferta (citología, VIH/HB, curso psic., vacuna, Odontología, método de PF postparto) |                          |                          |

**Relaciones Interpersonales**

- |  | En forma amable          | En forma no amable       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19a. ¿Cómo fue tratada por el/la enfermero/a?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19b. ¿Cómo fue tratada por el/la médico/a?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19c. En general ¿Cómo fue el trato del personal de la institución? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. ¿Las explicaciones que le dieron en la consulta fueron fáciles de entender?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique por favor (No) \_\_\_\_\_

21. ¿La persona que le atendió, utilizó dibujos o algún material visual en sus explicaciones?

Si \_\_\_\_\_ pase a # 21a  
No \_\_\_\_\_ pase a # 21b