

# Formulario para la evaluación de unidades y profesionales de salud bajo capacitación (AM solamente)

Equipo de evaluación:		Firma del líder del equipo de evaluación:	
Posibles profesionales de salud que recibirán capacitación:			
Nombre de la unidad de salud:		Ciudad:	
Región:		Fecha:	
Medicamentos, suministros, equipo, espacio			
Favor de seleccionar (los artículos en negrita no son obligatorios para los servicios pero deben indicarse):	Disponible en la unidad de salud	No disponible en la unidad de salud	Comentarios
Mifepristona			
Misoprostol			
Medicamentos para el dolor (p. ej., analgésicos, ansiolíticos) e indicar cuáles están disponibles para el AM en el 2° trimestre			
Aparato para medir la tensión arterial/ estetoscopio			
Espacio para cama privada, idealmente separado del área de trabajo de parto y parto			
Comente también respecto a la cantidad de camas disponibles para el AM en el 2° trimestre			
¿Área de consejería disponible para pre- y post-AM? ¿Se mantiene la privacidad?			
Sala de procedimientos para el examen y manejo de complicaciones			
Prácticas de prevención de infecciones			
Instalaciones para el desecho del feto (fosa, incinerador)			

Favor de seleccionar (los artículos en negrita no son obligatorios para los servicios pero deben indicarse):	Disponible en la unidad de salud	No disponible en la unidad de salud	Comentarios
Barreras de protección personal (p. ej., guantes)			
<i>Disponibilidad y limpieza de otras instalaciones:</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inodoros (excusados) para las usuarias de los servicios</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estaciones para el lavado de manos</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Instalaciones de laboratorio (si estándar de atención Rhogam, indique si está disponible)</b></li> </ul>			
<i>Diversos métodos anticonceptivos (indique si están disponibles inmediatamente post-AM)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyectables, DIU, implantes, píldoras, condones (encierre en un círculo todos los que están disponibles)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otro:</li> </ul>			
<i>Otros artículos para el manejo de complicaciones:</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes uterotónicos (p. ej., oxitocina, ergometrina)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antagonistas de los medicamentos utilizados para el manejo del dolor (reversores)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de AMEU, que incluye el espéculo y pinzas de anillo</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vía y líquidos intravenosos</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonda Foley de 60cc o relleno uterino</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Material para sutura, portaguñas y tijeras</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a servicios de referencia de emergencia (p. ej. transfusión de sangre, ultrasonido, laparotomía)</li> </ul> <p>Indique si está disponible en la unidad de salud o fuera de ésta.</p>			
<b>Casuística de la unidad de salud</b>			
<p><b>Número aproximado</b> de casos atendidos en la unidad de salud durante los siguientes períodos _____ a _____</p> <p>13–15 <input type="checkbox"/>      16–18 <input type="checkbox"/>      19–21 <input type="checkbox"/>      22–24 <input type="checkbox"/>      Más de 24 <input type="checkbox"/></p>			
<b>Patrones de prácticas actuales</b>			
<p>¿Se utilizan los libros de registro de casos clínicos de manera rutinaria para los casos de aborto?    Sí <input type="checkbox"/>    No <input type="checkbox"/></p>			
<p>Describa el proceso actual para la garantía de la calidad /EAS.</p>			
<p>Si se está efectuando AM en el segundo trimestre, describa los métodos/técnicas actuales utilizados. ¿Algún problema/inquietud con estos métodos?</p>			
<b>Administración</b>			
<p>Nombre del administrador del hospital _____</p> <p>Jefe de servicios especiales _____</p> <p>El equipo de evaluación se reunió con líderes clave    Sí <input type="checkbox"/> (Si sí, comente sobre inquietudes/problemas y si brindan apoyo.)</p> <p>No <input type="checkbox"/> (Si no, ¿cuándo ocurrirá esto? _____)</p> <p>¿Discutió el equipo la necesidad de un compromiso/necesidad a largo plazo para seguimiento / registro de casos y rendición de informes sobre EAS relacionados con los servicios en el 2° trimestre?    Sí <input type="checkbox"/>    No <input type="checkbox"/></p>			
<b>Información sobre el personal de la unidad de salud</b>			
<p>¿Cuántos posibles prestadores de servicios de aborto en el segundo trimestre hay en esta unidad de salud?:</p> <p>Ginecobstetras _____ médicos generales _____ Médicos residentes _____ Enfermeras _____</p> <p>¿Cuántos de estos prestadores de servicios desean recibir capacitación en el segundo trimestre?:</p> <p>Ginecobstetras _____ médicos generales _____ Médicos residentes _____ Enfermeras _____</p>			

## Información sobre profesionales de salud bajo capacitación

Indique el nombre de cada prestador/a de servicios seleccionado/a para recibir capacitación en el segundo trimestre y por cada persona proporcione la siguiente información:

<b>Nombre:</b> _____	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dispuesto/a a participar en el seguimiento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos y datos sobre EA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actualmente proporciona cuidados obstétricos</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de AMEU que efectúa personalmente al mes: _____		

<b>Nombre:</b> _____	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dispuesto/a a participar en el seguimiento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos y datos sobre EA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actualmente proporciona cuidados obstétricos</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de AMEU que efectúa personalmente al mes: _____		

<b>Nombre:</b> _____	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dispuesto/a a participar en el seguimiento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos y datos sobre EA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actualmente proporciona cuidados obstétricos</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de AMEU que efectúa personalmente al mes: _____		

<b>Nombre:</b> _____	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dispuesto/a a participar en el seguimiento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir el libro de registro de casos y datos sobre EA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actualmente proporciona cuidados obstétricos</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de AMEU que efectúa personalmente al mes: _____		

¿Qué barreras/inquietudes/problemas identifican las y los profesionales de salud con relación a la capacitación y prestación de servicios en el segundo trimestre?

Los capacitadores deben asegurarse de que los siguientes temas/problemas sean tratados durante la capacitación:

¿La administración de la unidad de salud brinda apoyo adecuado para los servicios? Sí ☐ No ☐ Si no, indique por qué:

¿Hay profesionales de salud que necesiten más apoyo, tutoría o capacitación antes de la capacitación clínica, además de AVTA (si la respuesta es sí, indique en qué áreas)? Sí ☐ No ☐

¿El personal ha expresado inquietudes relativas a su protección/seguridad personal?

**\*\*El equipo de evaluación no solo debe enfocarse en estos aspectos específicos, sino que también debe realizar un “recorrido” de la unidad de salud, es decir, caminar por la unidad de salud de la misma manera que lo haría una mujer que está recibiendo los servicios. Esto podría ayudar al equipo a identificar asuntos/problemas desde el punto de vista del cuidado de la paciente.**

## Comentarios adicionales:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.