

ID establecimiento: ..... SISA: .....  
Nombre(s): ..... Apellido(s): .....  
Fecha de la entrevista: ..... / ..... / ..... N° de cuestionario: .....  
Entrevistador: ..... Código entrevistador: .....  
Supervisor: ..... Editor: .....  
Teléfono: .....

## CUESTIONARIO RESPONSABLE / DIRECTOR CAPS

Buenos días/buenas tardes, mi nombre es ..... y trabajo para la firma ABCEB. Nos hemos contactado telefónicamente con ustedes y pautado esta reunión para poder realizar la presente encuesta que forma parte de un estudio a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo de la misma es caracterizar la capacidad prestacional de los establecimientos del subsector público.

Los datos que se brinden son totalmente confidenciales y se encuentran protegidos por la Ley N° 17.622. Le solicitamos su nombre sólo a los fines de supervisión del trabajo de campo.

Desde ya, le agradecemos su buena predisposición para responder estas preguntas y consideramos muy valiosa su participación.

HORA DE INCIO: ..... : ..... hs.

HORA DE FINALIZACIÓN: ..... : ..... hs.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre: ..... SISA: .....  
Región: ..... Provincia: .....  
Depto.: ..... Localidad: ..... Barrio: .....  
Dirección: .....

#### Tipo de dependencia institucional del efector:

1. Nacional                      2. Provincial                      3. Municipal                      4. Otro: .....

#### Convenio con el Programa Sumar:

1. Sí                      2. No

## A. DATOS DEL DIRECTOR/RESPONSABLE QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO

**RU A.1. Usted se desempeña como:**  
1. Director 2. Director asociado/ Responsable/ Administrador 999. Otro: .....

**A.2. ¿Qué edad tiene Ud.?**  
1. .... años 888. NS/NC

**A.3 Género**  
1. Femenino 2. Masculino 999. Otro: .....

**RM A.4. ¿Cuál es su Título Profesional? Marque todas las opciones que correspondan. ESPERAR LA RESPUESTA ESPONTÁNEA.**  
1. Médico 5. Ingeniero  
2. Odontólogo 999. Otro: .....  
3. Enfermero-Licenciado en Enfermería 888. NS/NC  
4. Abogado

**A.5. ¿En qué año recibió su título profesional?**  
1. .... año 888. NS/NC

**A.6. ¿Tiene alguna residencia/especialidad/posgrado? ¿Cuál?**  
1. Sí: ..... 2. No 888. NS/NC

**A.7. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este CENTRO DE SALUD? REGISTRAR SEGÚN CORRESPONDA (SI HACE MENOS DE 1 AÑO QUE TRABAJA EN EL ESTABLECIMIENTO COMPLETE LA OPCIÓN 2, DE LO CONTRARIO COMPLETE SÓLO LA OPCIÓN 1)**  
1. .... años 2. .... meses 888. NS/NC

**A.8. ¿Cuánto tiempo lleva usted en el cargo actual? REGISTRAR SEGÚN CORRESPONDA (SI HACE MENOS DE 1 AÑO QUE OCUPA EL CARGO COMPLETE LA OPCIÓN 2, DE LO CONTRARIO COMPLETE SÓLO LA OPCIÓN 1)**  
1. .... años 2. .... meses 3. No aplica 888. NS/NC

**A.9. ¿Realizó algún curso de gestión o administración hospitalaria?**  
1. Sí: ..... 2. No 888. NS/NC

**A.10. ¿Cuántas horas semanales trabaja usted en este centro de salud? REGISTRE HORAS SEMANALES**  
1. .... horas semanales 888. NS/NC

**A.11 Además de trabajar en este CENTRO DE SALUD ¿trabaja en algún otro lugar?**  
1. Sí 2. No → "B" 888. NS/NC → "B"

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A SECCIÓN → "B"**

**RM A.12. ¿Podría decirme dónde trabaja?**  
1. En clínica/hospital de obra social 4. En un consultorio particular  
2. En clínica/hospital de medicina pre-paga 888. NS/NC  
3. En otra institución pública 999. Otro: .....

---

## B. CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO, ÁREA DE INFLUENCIA Y RESPONSABILIDAD

**RU B.1. ¿El CENTRO DE SALUD se encuentra habilitado?**  
1. Sí, en su totalidad 2. Sólo algunos sectores 3. No 888. NS/NC

**RU B.2. ¿El CENTRO DE SALUD realizó alguna acreditación en calidad?**  
1. Sí, en su totalidad 2. Sólo algunos sectores 3. No 888. NS/NC

ENCUESTADOR: LEER.

Ahora le voy a realizar unas preguntas sobre el área de influencia y el área de responsabilidad del Centro de Salud. Por "área de influencia" se considera aquella área geográfica desde la cual procede la población que accede al efector.

**RU B.3. El área de influencia del CENTRO DE SALUD es:**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. Urbana | 3. Ambas   |
| 2. Rural  | 888. NS/NC |

**B.4. ¿Cuál es la población estimada que integra el área de influencia de este Centro de Salud?**

- |                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 1. Cantidad estimada: ..... | 888. NS/NC |
|-----------------------------|------------|

ENCUESTADOR: LEER.

Por "Área de Responsabilidad" se considera aquella área geográfica delimitada con el fin de definir un territorio dónde el centro de salud se compromete a realizar acciones de salud colectiva a su población.

**B.5. ¿El Centro de Salud tiene un área de responsabilidad y/o población a cargo definida?**

- |       |             |                  |
|-------|-------------|------------------|
| 1. Sí | 2. No → "C" | 888. NS/NC → "C" |
|-------|-------------|------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A SECCIÓN → "C"**

**RU B.6. El área de responsabilidad y/o población a cargo del Centro de Salud fue definida...?**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Centralmente por una autoridad sanitaria (Región sanitaria/área programática, Departamento, Municipio). | 3. Relevamiento propio del Centro de Salud. |
| 2. Hospital de referencia.   | 999. Otro: .....                            |
|  | 888. NS/NC                                  |

**B.7. ¿Cuál es la población estimada que integra el área de responsabilidad y/o población a cargo de este Centro de Salud? REGISTRE LA POBLACIÓN ESTIMADA.**

- |                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 1. Cantidad estimada: ..... | 888. NS/NC |
|-----------------------------|------------|

**B.8. ¿El CENTRO DE SALUD cuenta con cartografía actualizada de su área de responsabilidad?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**B.9. ¿Cuándo fue la última actualización de la cartografía del área de responsabilidad del Centro de Salud?**

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. Año: ..... | 888. NS/NC |
|---------------|------------|

**B.10. ¿El CENTRO DE SALUD cuenta con un padrón de la población que vive en su área de responsabilidad?**

- |       |               |                   |
|-------|---------------|-------------------|
| 1. Sí | 2. No → B.12. | 888. NS/NC → B.12 |
|-------|---------------|-------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A → B.12.**

**B.11. ¿Cuándo fue la última actualización del padrón de la población que vive en el área de responsabilidad del Centro de Salud? REGISTRAR AÑO DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN**

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. Año: ..... | 888. NS/NC |
|---------------|------------|

**RU B.12. ¿El Centro de Salud realiza operativos/ campañas de comunicación para informar a su población a cargo que le corresponde atenderse en el establecimiento?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**C. ORGANIZACIÓN Y GESTION DEL CENTRO DE SALUD****RM C.1. ¿Qué modalidades de atención brinda el Centro de Salud?**

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Consultorios              | 4. Laboratorio de análisis clínico |
| 2. Servicio de guardia       | 999. Otro: .....                   |
| 3. Diagnósticos por imágenes | 888. NS/NC                         |

**CUESTIONARIO DIRECTOR CAPS**

ID Establecimiento: ..... SISA: .....

**RU C.2. ¿Cuáles son los días de atención del Centro de Salud?**

- |   |  |
|---|--|
| 1. El Centro de Salud atiende algunos días de la semana | 4. El Centro de Salud atiende de lunes a domingo |
| 2. El Centro de Salud atiende de lunes a viernes        | 999. Otro: .....                                 |
| 3. El Centro de Salud atiende de lunes a sábado         | 888. NS/NC                                       |

**RM C.3. ¿En qué franjas horarias del día brinda atención el Centro de Salud?**

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| 1. Mañana (franja horaria 6hs-12hs) | 4. 24 hs   |
| 2. Tarde (franja horaria 12hs-18hs) | 888. NS/NC |
| 3. Noche (franja horaria 18hs-24hs) |            |

**RM C.4. ¿Por qué medios se puede solicitar turnos para la atención en el Centro de Salud? MOSTRAR TARJETA**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Demanda espontánea presencial en cualquier momento                     | 8. Turno protegido para el control o seguimiento de una consulta previa (turnos protegidos: turnos reservados, se destinan a pacientes que cuentan con una mayor prioridad en la atención) |
| 2. Demanda espontánea presencial antes de la apertura del establecimiento |  |
| 3. Demanda espontánea presencial en horario establecido                   | 9. Turno brindado por Agente Sanitario   |
| 4. Solicitud presencial de turno programado para otro día                 | 999. Otro: .....   |
| 5. Solicitud telefónica   | 888. NS/NC   |
| 6. Solicitud por Internet   |  |
| 7. Mensaje de texto desde el celular/ Whatsapp                            |  |

ENCUESTADOR: SÓLO A LOS QUE BRINDAN TURNOS PROGRAMADOS.

**Ahora le voy a preguntar sobre la oferta de turnos programados que brinda el Centro de Salud.**

**RU C.5. Como estimaría la proporción entre la demanda espontanea (DE) y la atención con turnos programados (TP) en el centro de salud:**

- |                    |                   |            |
|--------------------|-------------------|------------|
| 1. 50% DE/ 50% TP  | 3. 75% DE/ 25% TP | 5. 100% TP |
| 2. 25% DE / 75% TP | 4. 100 % DE       | 888. NS/NC |

**RU C.6. Habitualmente, a las personas que piden un turno programado para una visita clínica, en promedio, ¿para cuándo se les está dando el turno?**

- |                        |                   |                          |            |
|------------------------|-------------------|--------------------------|------------|
| 1. Para el mismo día   | 3. De 8 a 15 días | 5. Entre 1 mes y 2 meses | 888. NS/NC |
| 2. Dentro de la semana | 4. De 16-30 días  | 6. Más de 2 meses        |            |

**RU C.7. ¿Considera que la oferta de turnos programados que brinda el centro es adecuada a la demanda de la población? MOSTRAR TARJETA**

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Muy adecuada              | 4. Inadecuada     |
| 2. Adecuada                  | 5. Muy inadecuada |
| 3. Ni adecuada-ni inadecuada | 888. NS/NC        |

ENCUESTADOR: A TODOS

**C.8. Habitualmente, ¿Cuánto es el tiempo de espera de los usuarios en el establecimiento para ser atendidos por un profesional de la salud luego de contar con un turno para su atención?**

- |                 |               |            |
|-----------------|---------------|------------|
| 1. .... Minutos | 2. .... Horas | 888. NS/NC |
|-----------------|---------------|------------|

**RM C.9. ¿Cuáles son los canales de comunicación que utiliza el Centro de Salud para informar los días y horarios de atención de las diferentes especialidades? MOSTRAR TARJETA**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Cartelera del CAPS           | 5. Promotor comunitario/Agente sanitario |
| 2. Radio                        | 999. Otro: .....                         |
| 3. Mensajes de texto o Whatsapp | 888. NS/NC                               |
| 4. Internet-Facebook            |  |

ENCUESTADOR: INDAGUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO A LAS ESPECIALIDADES QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD.

**Ahora le voy a preguntar sobre las especialidades y servicios que brinda el Centro de Salud y alguna de sus características.**

AL ENCUESTADOR: MARQUE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA O ESCRIBA EL VALOR QUE DICE EL ENCUESTADO SEGÚN CORRESPONDA.

CUESTIONARIO DIRECTOR CAPS

ID Establecimiento: ..... SISA: .....

\*ENCUESTA C9

SOLO SI EL CAPS CUENTA CON LA ESPECIALIDAD

ESPECIALIDADES Y SERVICIOS	C.10. ¿Cuáles de las siguientes especialidades se brindan en este CAPS?	C.11. ¿Cuál es la cantidad total de profesionales con la que cuenta el CAPS para la especialidad de ...?	C.12. ¿Cuántos días a la semana se brindan servicios para la especialidad de ...? MAÑ 6hs-12hs- TARDE 12hs-18hs NOCHE 18hs-24hs	C.13. ¿En qué franjas horarias brinda servicio el CAPS para la especialidad de ...? MAÑ - TARDE - NOCHE	C.14. ¿En el CAPS hay guardia de emergencias para la especialidad de ...?	C.15. ¿Cuál es la cantidad total de horas semanales de servicio que brindan los profesionales del CAPS para la especialidad de ...?	C.16. ¿Cuál es la cantidad promedio de turnos por día que brinda el CAPS para la especialidad de ...?
A. MEDICINA GENERAL/FAMILIAR	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
B. CLÍNICA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
C. PEDIATRÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
D. MÉDICO ESP. EN ADOLESCENCIA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
E. ODONTOLOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
F. GINECOLOGÍA/OBS-TETRICIA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
G. NUTRICIÓN	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
H. OFTALMOLOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
I. FONOAUDILOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
J. PSICOLOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
K. ENFERMERÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
L. TRAUMATOLOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
M. KINESIOLOGÍA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
N. ASISTENTE SOCIAL	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
O. OTRA:.....	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....

## CUESTIONARIO DIRECTOR CAPS

ID Establecimiento: ..... SISA: .....

\*ENCUESTA C9

	C.17. ¿Cuáles de los siguientes servicios se brindan en este CAPS?	C.18. ¿Cuál es la cantidad total de profesionales con la que cuenta el CAPS para ...?	C.19. ¿Cuántos días a la semana se brinda servicio de ...?	C.20. ¿En qué franja horaria brinda servicio el CAPS de ...?	C.21. ¿En el CAPS hay guardia de emergencias para ...?	C.22. ¿Cuál es la cantidad total de hs. semanales de servicio que brindan los profesionales del CAPS para ...?	C.23. ¿Cuál es la cantidad promedio de turnos por día que brinda el CAPS para ...?
<b>DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES</b>							
A. RADIOGRAFÍAS	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
B. ECOGRAFÍAS	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
C. OTRA.....	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
<b>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO</b>							
A. EXTRACCIÓN DE MUESTRA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
B. ANÁLISIS DE MUESTRA	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
C. OTRA.....	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....	MAÑ - TARDE - NOCHE	SI - NO - NS/NC	HS.....	NRO.....
<b>SOPORTE</b>							
A. ADMINISTRATIVO	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
B. AGENTE SANITARIO PROMOTORES DE SALUD	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
C. RESIDENTES	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
D. CONCURRENTES	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
E. BECARIOS	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
F. OTRA.....	SI - NO - NS/NC	NRO.....	NRO.....			HS.....	
<b>C.31. ¿Cuenta con personal...?</b>		<b>C.32. ¿Cuál es la cantidad total de personal con la que cuenta el CAPS ...?</b>	<b>C.33. ¿Cuál es la cantidad total de horas semanales de servicio que brindan para el CAPS ...?</b>				

ENCUESTADOR: LEER

Ahora le pedimos que piense en las dificultades que se pueden presentar en la gestión del CAPS para brindar una atención de calidad.

**RU C.34. ¿Con qué frecuencia se enfrenta con situaciones donde no pueden cumplir con una atención de calidad? MOSTRAR TARJETA.**

- 1. Frecuentemente
- 2. Algo frecuentemente
- 3. Poco frecuentemente
- 4. Nunca → C.36.
- 888. NS/NC

**SI RESPONDIÓ “NUNCA”, PASE A → C.36.**

**RM C.35. ¿Cuáles son los principales motivos que condicionan el logro de una atención de calidad? REGISTRAR PRIMERA MENCIÓN (PRINCIPAL MOTIVO) Y OTRAS MENCIONES (OTROS MOTIVOS). MOSTRAR TARJETA**

**1. Falta de personal**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**2. Falta de insumos médicos**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**3. Falta de condiciones edilicias adecuadas**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**4. Falta de competencias para el caso**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**5. Falta de equipamiento**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**6. Falta de capacitación**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**7. Falta de autonomía para la toma de decisiones**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**8. Pacientes que ingresan al Centro de salud en fases avanzadas de la patología**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**9. Fallas en la derivación del paciente a establecimientos de mayor complejidad**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**999. Otro:**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**888. NS/NC**

ENCUESTADOR: LEER

Ahora le haremos algunas preguntas sobre acciones de capacitación en el Centro de salud.

**CAPACITACIÓN**

**RU C.36. ¿En los últimos 12 meses, el personal del CENTRO DE SALUD recibió algún tipo de capacitación?**

- 1. Sí
- 2. No → “C.42.”
- 888. NS/NC → C.42.

**SI RESPONDIÓ “NO” O “NS/NC”, PASE A → C.42.**

**RM C.37. Considerando todos los roles/funciones que desempeña el personal en su equipo de salud, ¿a quienes estuvieron orientadas las capacitaciones?**

- |                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| 1. Todo el equipo de salud | 999. Otro:..... |
| 2. Equipo médico           | 888. NS/NC      |
| 3. Equipo no médico        |                 |

**RM C.38. Considerando las capacitaciones que recibió el personal del Centro de Salud, ¿quién brindó las capacitaciones?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Personal del Centro de Salud  | 5. ONG/Asociación civil/organizaciones sociales/comunitarias |
| 2. Organismos nacionales (Ministerios, Programas, etc)                 | 888. NS/NC   |
| 3. Organismos Provinciales o Municipales (Ministerios, programas, etc) | 999. Otros:.....   |
| 4. Hospital de referencia/Red de salud                                 |  |

**RM C.39. ¿Cuáles fueron las temáticas de los talleres/cursos/capacitaciones brindados? MOSTRAR TARJETA**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Protocolos y guías de calidad                                    | 8. Seguridad e Higiene  |
| 2. Gestión sanitaria  | 9. Interculturalidad (diversidad cultural/ pueblos originarios) |
| 3. Legislación  | 10. Salud Sexual Integral                                       |
| 4. Micro gestión/Gestión administrativa                             | 11. Género  |
| 5. Sistemas informáticos  | 999. Otras:.....  |
| 6. Contenidos de Programas que se implementan en el Centro de Salud | 888. NS/NC  |
| 7. Epidemiología  |   |

**RU C.40. ¿El CENTRO DE SALUD tiene un plan de capacitación anual?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RM C.41. ¿Con respecto a las capacitaciones que recibió su equipo en los últimos 12 meses, cómo se seleccionaron los contenidos/temáticas a capacitar?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Se identificó la necesidad informalmente                            | 5. Se realizó una evaluación anual de indicadores sanitarios                     |
| 2. Utilizo herramientas de relevamiento de necesidades de capacitación | 6. Fueron propuestas por organismos/organizaciones que brindaron la capacitación |
| 3. Se realizó una evaluación de la demanda de la población             | 888. NS/NC   |
| 4. Surge de la planificación estratégica del centro de salud           | 999. Otros:.....   |

**PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

ENCUESTADOR. LEER:

**Ahora le voy a preguntar sobre la capacitación que tiene el personal del centro de salud sobre la atención de pacientes con enfermedades crónicas. La capacitación en automanejo refiere al rol central del paciente con enfermedades crónicas en el autocuidado y monitoreo de su salud.**

**RU C.42. Con respecto a capacitaciones para el apoyo al automanejo de los problemas de salud, ¿Cuáles de las siguientes frases describe mejor la situación del Centro de Salud? MOSTRAR TARJETA**

- |   |   |
|---|---|
| 1. El CAPS no cuenta con ningún material ni personal entrenado en el uso de herramientas prácticas para mejorar la adherencia y promover cambios.   | 4. El CAPS cuenta con, al menos el 50% de integrantes del equipo de salud, capacitados en entrevista motivacional, educación para el automanejo o herramientas equivalentes durante los últimos cinco (5) años. |
| 2. EL CAPS cuenta con material escrito para pacientes sobre adherencia a los tratamientos   |   |
| 3. El CAPS cuenta con al menos 25% de los integrantes del equipo de salud, capacitados en entrevista motivacional, educación para el automanejo o herramientas equivalentes durante los últimos cinco (5) años. |   |



**RM C.43. Considerando la capacitación respecto a la temática de derechos, ¿En cuáles de las siguientes leyes considera que sería necesario brindar capacitación al personal (considere a todo el personal del Centro de Salud)? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) REGISTRAR PRIMERA MENCIÓN (PRINCIPAL TEMÁTICA) Y OTRAS MENCIONES (OTRAS TEMÁTICAS). MOSTRAR TARJETA**

**1. Ley de derechos del paciente**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**2. Ley de ejercicio de la medicina**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**3. Ley del parto respetado**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**4. Ley de salud sexual y reproductiva**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**5. Ley de Violencia de Género**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**6. Ley de identidad de Género**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**7. Ley de enfermedades de notificación obligatoria**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**999. Otro:** .....

**888. NS/NC**

**RM C.44. Ahora nos vamos a centrar en el rol/las funciones del personal que desempeña tareas administrativas, ¿en cuál/es de las siguientes temáticas considera relevante orientar las capacitaciones? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) REGISTRAR PRIMERA MENCIÓN (PRINCIPAL TEMÁTICA) Y OTRAS MENCIONES (OTRAS TEMÁTICAS). MOSTRAR TARJETA**

**1. Micro gestión/gestión administrativa**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**2. Sistemas informáticos**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**3. Contenidos de Programas que se implementan en el CENTRO DE SALUD**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**4. Epidemiología**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**5. Interculturalidad**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**6. Salud Sexual Integral**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**7. Género**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**999. Otro:** .....

**888. NS/NC**

**RM C.45. Continuando con el rol del administrativo, ¿cuáles de las siguientes destrezas le parecen más importantes para desarrollar mediante capacitaciones? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) REGISTRAR PRIMERA MENCIÓN (PRINCIPAL TEMÁTICA) Y OTRAS MENCIONES (OTRAS TEMÁTICAS). MOSTRAR TARJETA**

**1. Excel y planillas de cálculos**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**2. Manejo de conflictos**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**3. Comunicación**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**4. Gestión de turnos**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**5. Comunicación**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**6. Participación comunitaria**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**999. Otro:** .....

**888. NS/NC**

**D. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

ENCUESTADOR. LEER:

**Ahora le voy a preguntar sobre los sistemas de información y registro con los que cuenta el centro de salud.**

**RM D.1. ¿Cuáles son los medios de comunicación (internos y externos) con los que cuenta el Centro de Salud?**

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. Teléfono de línea | 5. Tablets      |
| 2. Radio             | 999. Otros..... |
| 3. Computadora       | 888. NS/NC      |
| 4. Teléfono celular  |                 |

**RU D.2. ¿El CENTRO DE SALUD tiene acceso a internet?**

- |       |                |                     |
|-------|----------------|---------------------|
| 1. Sí | 2. No → "D.4." | 888. NS/NC → "D.4." |
|-------|----------------|---------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A → "D.4."**

**RU D.3. ¿El servicio de internet es adecuado en términos de conectividad/velocidad de la red para la gestión del Centro de Salud?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RM D.4. ¿Con cuáles de los siguientes sistemas de información dispone el Centro de Salud? INDIQUE LOS SISTEMAS DISPONIBLES PARA CADA ACTIVIDAD. MOSTRAR TARJETA.**

**Código de respuestas:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Papel                               | 5. En red con sistema Provincial/Nacional (online) |
| 2. Offline                             | 6. No cuenta con sistema de información            |
| 3. Interno/Intranet (online)           | 888. NS/NC   |
| 4. En red con otros efectores (online) |  |

**A. Registro de población/usuarios:** .....

**B. Registro de datos de producción/prestaciones:** .....

**C. Registro clínico:** .....

**D. Sistemas de alerta:** .....

**E. Dispensa de medicamentos:** .....

**F. De turnos programados:** .....

**G. De turnos protegidos:** .....

SOLO A LOS QUE TIENEN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE DATOS DE PRODUCCIÓN/ PRESTACIONES. DE LO CONTRARIO, PASA A D.8.

**RM D.5. En el Centro de Salud ¿Cómo se organizan para el registro en los sistemas de información de las prestaciones brindadas?**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Las registra el profesional informáticamente.   | 4. Las registra el sector administrativo en forma manual y después la deriva para su carga informática. |
| 2. Las registra el profesional manualmente y después notifica al sector administrativo para su registro informático. | 999. Otros: .....   |
| 3. Las registra el sector administrativo informáticamente.   | 888. NS/NC  |

**RU D.6. En términos generales, ¿Del total de prestaciones brindadas, qué porcentaje de las mismas son registradas en los sistemas de información? REGISTRE EN %**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. ....% | 888. NS/NC |
|----------|------------|

**SI RESPONDIÓ "100%", PASE A → D.8.**

EN CASO QUE SEA MENOR AL 100%

**RM D.7. ¿Cuáles son los factores que dificultan el registro en los sistemas de información?**

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Falta de equipamiento/computadoras                  | 999. Otro: ..... |
| 2. Falta de recursos humanos para la carga             | 888. NS/NC       |
| 3. Falta de integración de los sistemas de información |                  |

A TODOS

**RM D.8. ¿Qué tipo de instrumentos de registro clínico se utilizan en el Centro de Salud? MOSTRAR TARJETA**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Historia clínica en papel unificada.                        | 5. Ficha familiar.                         |
| 2. Historia clínica en papel según especialidades.             | 6. Historia clínica informatizada. → D.10. |
| 3. Historia clínica en papel para determinados grupos de edad. | 999. Otro: .....                           |
| 4. Ficha individual por paciente.                              | 888. NS/NC                                 |

**SI RESPONDIÓ LA OPCIÓN 6, PASE A → D.10.**

SÓLO PARA LOS QUE UTILIZAN HISTORIA CLÍNICA EN PAPEL, FICHAS U OTRO TIPO DE REGISTRO FÍSICO

- RU D.9. ¿Qué sistema de archivo y clasificación de las Historias clínicas tiene el Centro de Salud?**
- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. Por DNI           | 999. Otra: ..... |
| 2. Numeración Propia | 888. NS/NC       |

**PASE DIRECTAMENTE A → D.14.**

SÓLO PARA LOS QUE UTILIZAN HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- RU D.10. ¿Desde hace cuánto tiempo el centro de salud cuentan con Historia clínica informatizada? REGISTRAR SEGÚN CORRESPONDA**
- |               |              |            |
|---------------|--------------|------------|
| 1. .... meses | 2. .... años | 888. NS/NC |
|---------------|--------------|------------|
- RU D.11. ¿Los profesionales del Centro de salud utilizan firma electrónica digital?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|
- RU D.12. ¿El centro de salud dispone de computadoras en cada consultorio para completar la Historia clínica informatizada?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|
- RU D.13. ¿Cuenta con algún sistema de seguridad informática de las Historias clínicas?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

A TODOS

- RU D.14. ¿Se revisan periódicamente los registros clínicos de los pacientes para la evaluación de la calidad de registro de la atención?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RM D.15. ¿El Centro de Salud tiene acceso a los siguientes Sistemas Nacionales de Registro? MOSTRAR TARJETA**
- |  |   |
|--|---|
| 1. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC).          | 8. Sistema nacional de vigilancia en salud (SNVS).                        |
| 2. Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS). | 9. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica de laboratorio (SIVILA). |
| 3. Registro Nacional de Donantes de Sangre (REDOS).                | 10. Sistema Informático Perinatal (SIP/CLAP).                             |
| 4. Sistema de Monitoreo de Insumos Sanitarios (SMIS).              | 11. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).          |
| 5. Sistema informático adolescente (SIA).                          | 12. No tiene acceso a Sistemas Nacionales de Registro.                    |
| 6. Sistema de información para el tamizaje (SITAM).                | 999. Otros: .....   |
| 7. Registro oncopediátrico hospitalario (ROHA).                    | 888. NS/NC  |

- RM D.16. El seguimiento y nominalización de subpoblaciones de mayor riesgo (comorbilidades; o enfermedad con complicaciones o estadio avanzado) es importante para el manejo y atención de las enfermedades crónicas y otros subgrupos de riesgo. Por favor mencione con qué registros cuenta el Centro de Salud. MOSTRAR TARJETA**
- |   |  |
|---|--|
| 1. Registro de pacientes con diabetes.                            | 7. Registro de pacientes con sobrepeso/obesidad.       |
| 2. Registro de pacientes con hipertensión arterial.               | 8. Registro de pacientes con cáncer.                   |
| 3. Registro de pacientes con EPOC.                                | 9. Registro de pacientes con enfermedades infecciosas. |
| 4. Registro de pacientes con Riesgo Cardiovascular (RCV) elevado. | 10. No cuenta con registro para estas subpoblaciones.  |
| 5. Registro de embarazadas..                                      | 999. Otros: .....                                      |
| 6. Registro de Niños con malnutrición.                            | 888. NS/NC   |

- RU D.17. ¿Cuál es el nivel de acceso a la información sanitaria generada por el Centro de Salud?**
- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. Solo disponible para la dirección o responsable del establecimiento. | 3. No se genera información. |
| 2. Es de libre acceso por todo el personal del Centro de Salud.         | 999. Otro: .....             |
|   | 888. NS/NC                   |



## E. ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD

Ahora le voy a preguntar sobre las acciones que realiza el centro de salud orientadas a la comunidad.

- RU E.1. ¿Cómo considera que es la accesibilidad de la población a la atención en salud en su comunidad?**
- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. Muy buena | 4. Mala    |
| 2. Buena     | 888. NS/NC |
| 3. Regular   |            |

- RU E.2. ¿El Centro de Salud organiza actividades extramuros en la comunidad?**
- |       |              |                   |
|-------|--------------|-------------------|
| 1. Sí | 2. No → E.8. | 888. NS/NC → E.8. |
|-------|--------------|-------------------|

**SI RESPONDIÓ “NO” O “NS/NC”, PASE A → E.8.**

- RM E.3. ¿Qué actividades extramuros en la comunidad desarrolla el establecimiento? MOSTRAR TARJETA**

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1. Talleres                              | 5. Campañas de vacunación |
| 2. Charlas comunitarias                  | 6. Campañas de prevención |
| 3. Rondas sanitarias                     | 999. Otra: .....          |
| 4. Identificación de población de riesgo | 888. NS/NC                |

- RU E.4. El Centro de salud coordina con otras instituciones y organizaciones para el diseño y realización de actividades extramuros (talleres y/o charlas)?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RM E.5. ¿En qué lugares se realizan estas actividades extramuros?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Centro de salud                     | 5. Espacios Públicos (plazas, parque, etc) |
| 2. Colegios/escuelas/universidades     | 6. Hogares                                 |
| 3. Clubes sociales o deportivos        | 999. Otra: .....                           |
| 4. Asociaciones barriales o de fomento |  |

- RM E.6. ¿Qué acciones priorizan las actividades extramuros?**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. Hábitos saludables (alimentación, actividad física, tabaquismo) | 4. Salud sexual |
| 2. Control de vectores   | 5. Violencia    |
| 3. Agua y saneamiento, gestión de la basura, calidad               | 6. Adicciones   |
|  | 7. Otras: ..... |

- RM E.7. ¿Cuál es la frecuencia con la cual el Centro de Salud organiza actividades extramuros? REGISTRE SEGÚN CORRESPONDA EN E.3.**

	1. Semanal o frecuencia menor	2. Meses (anotar frecuencia en meses)	3. Ante un evento específico	4. No realiza esa actividad	888. NS/NC
A. Talleres					
B. Charlas comunitarias					
C. Rondas sanitarias					
D. Identificación de población de riesgo					
E. Campañas de vacunación					
F. Campañas de prevención					
G. Otros: .....					
.....					

**CUESTIONARIO DIRECTOR CAPS**

ID Establecimiento: ..... SISA: .....

**RU E.8. ¿Se realizan en el efector actividades/acciones que aborden la perspectiva de género orientadas a la población?**

1. Sí 2. No 888. NS/NC

**RU E.9. ¿Se realizan en el Centro de Salud actividades/acciones orientadas a la población que aborden la multiculturalidad?**

1. Sí 2. No → E.11. 888. NS/NC → E.11.

**SI RESPONDIÓ “NO” O “NS/NC”, PASE A → E.11.**

**RM E.10. ¿Cuáles son las dos actividades más frecuentemente realizadas por el Centro de Salud para trabajar la multiculturalidad? MARQUE SÓLO DOS OPCIONES.**

- |                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1. Entrega de material de difusión   | 4. Consultorio amigable |
| 2. Talleres en la comunidad          | 999. Otras: .....       |
| 3. Capacitaciones al equipo de salud | 888. NS/NC              |

**RM E.11. ¿Qué temáticas fueron trabajadas en las actividades de promoción y prevención? REGISTRE PARA CADA TEMÁTICA CADA UNO DE LOS 4 ITEMS. MOSTRAR TARJETA.**

	Último mes		Último año		Articula con el Segundo Nivel de Atención		Articula con otras organizaciones	
	1. Sí	2. No	1. Sí	2. No	1. Sí	2. No	1. Sí	2. No
	888. NS/NC		888. NS/NC		888. NS/NC		888. NS/NC	
A. Hábitos saludables (alimentación, actividad física)								
B. Cesación tabáquica								
C. Cuidados del embarazo, lactancia								
D. Desarrollo infantil, y prevención de patologías prevalentes en la infancia								
E. Control de vectores								
F. Agua y saneamiento, gestión de la basura, calidad								
G. Salud Sexual y reproductiva								
H. Violencia (Género-Familiar)								
I. Adicciones(alcohol/drogas):								
J. Prevención de accidentes								
K. Obesidad								
L. Uso de insulina y automonitoreo de glucemia								
M. Cuidados del pie en personas con Diabetes								
N. Manejo de la hipertensión arterial								
O. Otro (especificar)								
P. Otro (especificar)								

- RM E.12. ¿El Centro de Salud realiza búsquedas activas para...? MOSTRAR TARJETA**
- |   |  |
|---|--|
| 1. Captación de Embarazadas                         | 5. Captación de Adolescentes de 10 a 19 años           |
| 2. Recaptación de pacientes de riesgo               | 6. Captación de pacientes con enfermedades infecciosas |
| 3. Captación de población con enfermedades crónicas | 7. No realiza búsqueda activa                          |
| 4. Captación de Niños de 0-10 años                  | 999. Otros:.....                                       |

- RU E.13. ¿En el Centro de Salud se realiza un diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU E.14. ¿El Centro de Salud utiliza redes sociales para informar/comunicarse con la comunidad?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU E.15. En los últimos 12 meses ¿El Centro de Salud realizó encuestas de satisfacción a los usuarios?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU E.16. En los últimos 12 meses ¿El Centro de Salud realizó encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

## F. PUEBLOS ORIGINARIOS (INDIGENAS)

- RU F.1. ¿Cuenta el Centro de Salud con personal proveniente de un pueblo originario/indígena que realice tareas en la comunidad?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU F.2. ¿El Centro de Salud tiene población originaria/ indígena a cargo?**
- |       |             |                  |
|-------|-------------|------------------|
| 1. Sí | 2. No → "G" | 888. NS/NC → "G" |
|-------|-------------|------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A SECCIÓN → "G"**

ENCUESTADOR: SOLO A LOS QUE ATIENDEN POBLACIÓN ORIGINARIA/INDÍGENA

- RU F.3. ¿Existe alguna persona o traductor que trabaje en el Centro de Salud que hable alguna lengua originaria (como Quechua, Qom, etc).?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU F.4. ¿Se registra el origen étnico de la población originaria/indígena en algún formulario de salud, (CLAP, registros APS, otros)?**
- |       |             |                  |
|-------|-------------|------------------|
| 1. Sí | 2. No → "G" | 888. NS/NC → "G" |
|-------|-------------|------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC", PASE A SECCIÓN → "G"**

- RM F.5. ¿Dónde se registra el origen étnico de la población indígena?**
- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. Programa Sumar | 3. Registros APS |
| 2. CLAP           | 999. Otros:..... |

## G. ADOLESCENCIA

- RU G.1. Para la atención de un adolescente, ¿Se requiere que el mismo sea acompañado por un adulto?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU G.2. ¿El centro de salud cuenta con profesionales especializados en la atención de adolescentes?**
- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|



- RU G.3. ¿El centro de salud cuenta con un equipo de atención diferenciada para la atención de adolescentes?**  
 1. Sí 2. No → G.6. 888. NS/NC → G.6.

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC" PASE A → G.6.**

- RM G.4. ¿Con qué disciplinas cuenta este equipo?**

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. Trabajador social | 5. Agente sanitario |
| 2. Psicólogo/a       | 999. Otras: .....   |
| 3. Médico/a          | 888. NS/NC          |
| 4. Enfermero/a       |                     |

- RU G.5. ¿Cuántas horas a la semana brinda atención el equipo de atención diferenciada para la atención de adolescentes?**

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Más de 20 por semana.           | 3. Entre 4 y 12 horas por semana. |
| 2. Entre 12 y 20 horas por semana. | 4. Menos de 4 horas por semana.   |

- RU G.6. ¿Cuál es la modalidad de organización de las prestaciones para adolescentes?**

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. Centro amigable de salud para adolescentes | 4. Otra: ..... |
| 2. Consultorio diferenciado                   | 5. NS/NC       |
| 3. Consultorio no diferenciado                |                |

- RU G.7. ¿El Centro de Salud entrega métodos anticonceptivos a adolescentes?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

- RU G.8. ¿El Centro de Salud cuenta con recursos humanos especializado para brindar atención y apoyo a adolescentes en las siguientes situaciones...?**

- |  |       |       |            |
|--|-------|-------|------------|
| A. Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas | 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
| B. Intento de suicidio   | 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
| C. Víctima de violencia sexual   | 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |

## H. TOMA Y LECTURA DE PAPS

- RU H.1. En el Centro de Salud ¿se realiza toma y lectura de los PAPS? MOSTRAR TARJETAS**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Cuenta con equipamiento y capacidad técnica para tomar muestra y procesarla.                | 4. No realiza tomas de muestra, hay acuerdo para derivar a otro efector con capacidad técnica.  |
| 2. Cuenta con equipamiento y capacidad técnica para tomar muestra pero no procesarla.          | 5. No se realiza tomas de muestra ni derivación, la persona gestiona donde realiza la practica. |
| 3. Rondas de toma de muestra con traslado a laboratorio y devolución de resultados al efector. | 888. NS/NC  |

- RU H.2. En el Centro de Salud ¿se realizan tomas de biopsias de cuello uterino? MOSTRAR TARJETAS**

- |  |  |
|--|--|
| 1. No se realiza toma ni lectura de biopsias de cuello uterino.  | 4. Se realiza toma biopsia de cuello uterino y el Centro de Salud los deriva a otra institución para su lectura e informe, el informe es remitido al Centro de Salud y posteriormente entregado a la paciente. |
| 2. Se realiza toma biopsia de cuello uterino y la paciente debe llevarla a la institución donde se realizará la lectura e informe.   | 5. Se realiza toma y lectura de las biopsias de cuello uterino en el Centro de Salud.  |
| 3. Se realiza toma biopsia de cuello uterino y el Centro de Salud las deriva a otra institución para su lectura e informe, la paciente retira el resultado de dicha institución. | 888. NS/NC   |



EN CASO QUE SU RESPUESTA SEA REGULAR/INSATISFACTORIO/MUY INSATISFACTORIO, CONTINUAR EN I.11.

**RM I.11. ¿Cuáles son las principales limitaciones del funcionamiento de la red?**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Falta de coordinación de la red                             | 5. Falta de recursos económicos específicamente orientados a la formación de la red |
| 2. Limitaciones en la comunicación entre los actores de la red | 999. Otro: .....  |
| 3. Ausencia de protocolos y definición de roles                | 888. NS/NC  |
| 4. Ausencia de Liderazgo                                       |   |

A TODOS

**RU I.12. ¿La red de atención de salud en la cual se articula el CAPs se encuentra formalizada? (Ej, a través de convenios/políticas de compromiso)?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU I.13. ¿Cuál es el alcance del circuito de la red de Referencia-Contrareferencia? MARCAR SOLO UNA OPCIÓN TENIENDO EN CUENTA LA ALTERNATIVA MÁS FRECUENTE. MOSTRAR TARJETA.**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Procedimiento definido para todo el municipio/provincia   | 4. Acuerdos entre cada servicio del Segundo Nivel de Atención y los Establecimientos del Primer Nivel de Atención |
| 2. Procedimiento definido para toda el área programática   | 999. Otra: .....  |
| 3. Procedimiento definido entre el hospital de referencia y los Establecimientos del Primer Nivel de Atención para todas las especialidades del Segundo Nivel de Atención. |   |

## J. VACUNAS

**J.1. ¿Este centro de salud cuenta con Vacunatorio?**

- |       |             |
|-------|-------------|
| 1. Sí | 2. No → "K" |
|-------|-------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" PASE A SECCIÓN → "K"**

**RM J.2. ¿Qué tipo de equipo se utiliza habitualmente para almacenar las vacunas?**

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Refrigerador eléctrico  | 5. Caja transportadora de vacunas |
| 2. Refrigerador a kerosene | 999. Otro: .....                  |
| 3. Refrigerador a gas      | 888. NS/NC                        |
| 4. Refrigerador solar      |                                   |

**J.3. ¿El vacunatorio tiene un plan de contingencia ante una eventual ruptura de la cadena de frío?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**J.4. ¿Se controla en cada consulta del niño el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RM J.5. ¿Dónde registra cada aplicación de vacuna en su establecimiento?**

- |                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Libro de Vacunas          | 4. No se registran |
| 2. Historia clínica del niño | 999. Otro: .....   |
| 3. Carnet de Vacunación      |                    |

## K. MEDICAMENTOS Y PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Ahora le voy a preguntar por la provisión de medicamentos y anticonceptivos que realiza el establecimiento.

**K.1. ¿El Centro de Salud provee métodos anticonceptivos de manera gratuita?**

- |       |              |                   |
|-------|--------------|-------------------|
| 1. Sí | 2. No → K.6. | 888. NS/NC → K.6. |
|-------|--------------|-------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC" PASE A → K.6.**

**RM K.2. ¿Qué métodos anticonceptivos provee?**

- |                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Preservativos/Condomes    | 6. DIU                          |
| 2. Pastillas anticonceptivas | 7. Inyectable                   |
| 3. Parche transdérmico       | 8. Anticoncepción de emergencia |
| 4. Anillo vaginal            | 999. Otro: .....                |
| 5. Diafragma                 |                                 |

**RM K.3. ¿De qué manera los usuarios pueden acceder a los mismos?**

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1. Farmacia ambulatoria | 3. Administrativo |
| 2. Consultorio          | 999. Otro: .....  |

SÓLO EN EL CASO DE PRESERVATIVOS EN K.2.

**RU K.4. En el caso de los preservativos, ¿éstos se proveen directamente o tiene que mediar un proceso administrativo para que se pueda entregar?**

- |                           |   |            |
|---------------------------|---|------------|
| 1. Se provee directamente | 2. Tiene que mediar un proceso administrativo | 888. NS/NC |
|---------------------------|---|------------|

SÓLO EN EL CASO DE PROVEER ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN K.2.

**RU K.5. En el caso de la anticoncepción de emergencia, ¿ésta se provee directamente o tiene que mediar un proceso administrativo para que se pueda entregar?**

- |                           |   |            |
|---------------------------|---|------------|
| 1. Se provee directamente | 2. Tiene que mediar un proceso administrativo | 888. NS/NC |
|---------------------------|---|------------|

**K.6. ¿El Centro de Salud provee medicamentos de manera gratuita?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU K.7. ¿Conoce el Programa CUS Medicamentos (Ex Remediar) del Ministerio de Salud de la Nación. MOSTRAR TARJETA.**

- |          |                    |
|----------|--------------------|
| 1. Mucho | 4. Nada → K.14.    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC → K.14. |
| 3. Poco  |                    |

**SI RESPONDIÓ “NADA” O “NS/NC” PASE A → K.14.**

**K.8. ¿El Programa CUS Medicamentos (Ex Remediar) provee al Centro de salud de Medicamentos?**

- |       |                 |                      |
|-------|-----------------|----------------------|
| 1. Sí | 2. No → “K.14.” | 888. NS/NC → “K.14.” |
|-------|-----------------|----------------------|

**SI RESPONDIÓ “NO” O “NS/NC” PASE A PREGUNTA → “K.14.”**

**RU K.9. ¿Conoce usted el Vademécum del Programa CUS Medicamentos (ex REMEDIAR)? MOSTRAR TARJETA.**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. Mucho | 4. Nada    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC |
| 3. Poco  |            |

**RU K.10. ¿Conoce usted el contenido de los botiquines que recibe el centro de salud por parte del Programa CUS Medicamentos (ex REMEDIAR)? MOSTRAR TARJETA.**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. Mucho | 4. Nada    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC |
| 3. Poco  |            |

RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE DEL PROGRAMA CUS MEDICAMENTOS (EX-REMEDIAR)

**RU K.11. Con respecto a la cantidad de medicamentos que recibe del Programa CUS Medicamentos, ¿diría que recibe?**

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Más de la cantidad necesaria   | 4. No solicitaron medicamentos |
| 2. La cantidad necesaria          | 888. NS/NC                     |
| 3. Menos de la cantidad necesaria |                                |

**RU K.12. En líneas generales, ¿cuál es su satisfacción con el funcionamiento del Programa CUS Medicamentos (Ex Remediar)? Ud. diría que se encuentra.... MOSTRAR TARJETA**

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. Muy Satisfecho | 4. Insatisfecho     |
| 2. Satisfecho     | 5. Muy insatisfecho |
| 3. Indiferente    | 888. NS/NC          |

- RU K.13. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el programa CUS Medicamentos (ex REMEDIAR) con los aspectos que le voy a mencionar a continuación? Ud. diría que se encuentra.... MOSTRAR TARJETA**

**Código de respuestas:**

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. Muy satisfecho | 4. Poco satisfecho |
| 2. Satisfecho     | 5. Insatisfecho    |
| 3. Indiferente    | 888. NS/NC         |

**A. Vademecun del Programa (Patologías cubiertas):** .....

**B. Cantidad de medicamentos recibidos:** .....

**C. Tiempo y forma en la entrega del botiquín:** .....

**D. Facilidad para comunicarse con el Programa (nivel local):** .....

**E. Facilidad para comunicarse con el Programa (nivel nacional):** .....

**F. Capacitaciones del Programa:** .....

- RM K.14. ¿Hay alguna patología frecuente en su área de referencia que no disponga de insumos/medicación necesaria en su centro de salud? RESPUESTA ESPONTÁNEA. REGISTRE PATOLOGÍA FRECUENTE MENCIONADA Y LA MEDICACIÓN ASOCIADA A ESA PATOLOGÍA.**

**1. Patología frecuente**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

**2. Medicación asociada**

1era mención: ..... Otras menciones: .....

- RU K.15. ¿Recibe provisión de medicamentos por parte de otros programas nacionales, provinciales o municipales, que no sea el Programa CUS Medicamentos (ex REMEDIAR)?**

1. Sí                                      2. No → "L"                                      888. NS/NC → "L"

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC" PASE A SECCIÓN → "L"**

RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE RECIBE DE OTROS PROGRAMAS NACIONALES, PROVINCIALES O MUNICIPALES, QUE NO SEA EL PROGRAMA CUS MEDICAMENTOS (EX REMEDIAR)

- RU K.16. Con respecto a la cantidad de medicamentos, ¿diría que recibe?**

1. Más de la cantidad necesaria	4. No solicitaron medicamentos
2. La cantidad necesaria	888. NS/NC
3. Menos de la cantidad necesaria	

**L.VINCULACIÓN AL PROGRAMA SUMAR**

En esta sección hablaremos sobre la vinculación del establecimiento con el Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación.

- RU L.1. Este establecimiento, mediante un Convenio, participa del Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación. Usted considera que lo que conoce de este Programa es... MOSTRAR TARJETA.**

1. Mucho	4. Nada → "M"
2. Algo	5. No ha firmado convenio → "M"
3. Poco	888. NS/NC → "M"

**SI RESPONDIÓ OPCIÓN 4, 5 O "NS/NC" PASE A SECCIÓN → "M" (PÁG. 20)**

**RU L.2. Usted considera que el conocimiento que tiene de las prestaciones del Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar es... MOSTRAR TARJETA.**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. Mucho | 4. Nada    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC |
| 3. Poco  |            |

**RU L.3. El Programa Sumar utiliza el concepto de Cobertura Efectiva Básica, ¿Qué grado de conocimiento tiene acerca del mismo? MOSTRAR TARJETA.**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. Mucho | 4. Nada    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC |
| 3. Poco  |            |

**RU L.4. El Programa evalúa y estimula el desempeño de las Provincias a partir de un conjunto de indicadores sanitarios que denomina trazadoras (metas sanitarias). ¿Qué grado de conocimiento tiene sobre estas metas? MOSTRAR TARJETA.**

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. Mucho | 4. Nada    |
| 2. Algo  | 888. NS/NC |
| 3. Poco  |            |

**L.5. En el ámbito de este Centro de Salud, ¿realizan una planificación de la producción de las prestaciones sanitarias contempladas en el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**L.6. ¿El equipo de salud participa en las decisiones sobre el destino de los recursos del Programa Sumar?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU L.7. ¿Ha notado cambios en el establecimiento desde el ingreso al Programa Sumar?**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. Si, ha mejorado satisfactoriamente               | 4. No he notado cambios |
| 2. Si, ha habido solo algunos cambios positivos     | 888. NS/NC              |
| 3. Si, pero creo que los cambios han sido negativos |                         |

**RM L.8. De acuerdo a su opinión, ¿Cuáles son los principales aportes que brinda el Programa Sumar a este establecimiento? MOSTRAR TARJETA**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Insumos                          | 6. Organización del trabajo y procedimientos de gestión |
| 2. Instrumental/Equipamiento médico | 7. Información sobre la población atendida              |
| 3. Reformas edilicias/Mantenimiento | 999. Otros:.....  |
| 4. Recursos humanos                 | 888. NS/NC  |
| 5. Capacitación de recursos humanos |   |

**RU L.9. En líneas generales, ¿cuál es su satisfacción con el funcionamiento del Programa Sumar en este Centro de Salud? MOSTRAR TARJETA**

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. Muy Satisfecho | 4. Insatisfecho     |
| 2. Satisfecho     | 5. Muy insatisfecho |
| 3. Indiferente    | 888. NS/NC          |

## M. BIOSEGURIDAD/SEGURIDAD E HIGIENE

Para finalizar le voy a preguntar por cuestiones referidas a la bio-seguridad.

**M.1. ¿Posee manual de procedimientos y bioseguridad?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**M.2. ¿Posee normas escritas para la eliminación de desechos, contaminantes y cortopunzantes?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RM M.3. ¿Cuáles son las principales dificultades para la aplicación efectiva de las normas de bioseguridad en el Centro de Salud?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Falta de recursos                           | 5. Falta de costumbre - cultura organizacional |
| 2. Falta de conocimiento de las normas         | 6. No conoce normas de bioseguridad            |
| 3. Falta de conocimiento de los procedimientos | 999. Otro:.....                                |
| 4. Falta de capacitaciones en Bio-Seguridad    | 888. NS/NC                                     |

**RU M.4. ¿Posee Matafuegos con carga actualizada?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU M.5. ¿El establecimiento cuenta con un plan de evacuación y emergencia?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU M.6. ¿Se realiza un CheckList de áreas Críticas del establecimiento?**

- |       |              |                   |
|-------|--------------|-------------------|
| 1. Sí | 2. No → M.8. | 888. NS/NC → M.8. |
|-------|--------------|-------------------|

**SI RESPONDIÓ "NO" O "NS/NC" PASE A → M.8.**

**RU M.7. ¿Cuál es la periodicidad de los informes sobre las áreas críticas del establecimiento?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1. Diario     | 6. Cuatrimestral |
| 2. Semanal    | 7. Semestral     |
| 3. Mensual    | 8. Anual         |
| 4. Bimensual  | 999. Otro:.....  |
| 5. Trimestral | 888. NS/NC       |

**RU M.8. ¿Tiene personal destinado a la Bioseguridad en el establecimiento?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU M.9. ¿Se realizan capacitaciones en Bio-Seguridad en el establecimiento?**

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. Sí | 2. No | 888. NS/NC |
|-------|-------|------------|

**RU M.10. ¿Cuál es el principal tipo de agujas y jeringas para servicios generales de salud (excluyendo los servicios de inmunización) usadas en este centro?**

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. Desechable        | 999. Otro:..... |
| 2. Auto-inutilizable | 888. NS/NC      |

**RU M.11. ¿De qué manera son habitualmente eliminados los residuos biológico-infecciosos?**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. Servicio recolector especial                  | 5. Enterrándolos en el mismo sitio |
| 2. Trasladándolos a un centro de acopio especial | 999. Otros:.....                   |
| 3. Servicio de recolección público               | 888. NS/NC                         |
| 4. Incineración en el mismo sitio                |                                    |

**HEMOS TERMINADO CON LA ENTREVISTA, ¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!**