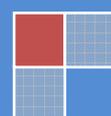


Agosto
2014

Estudio de las funciones de la APS desde la perspectiva de los equipos de salud y usuarios de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba



Estudio de las funciones de la APS desde la perspectiva de los equipos de salud y usuarios de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba.

Autoras del informe

Silvina Berra, Carolina Rivera

Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS) de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba.

Dirección y realización del estudio

El estudio fue dirigido por Silvina Berra, investigadora de CONICET, del CIESS de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. El trabajo de campo fue coordinado por Carolina Rivera y colaboraron en su ejecución Jaqueline Rondán, Magdalena Rondán, Sebastián Casanova, Cecilia Berra y Verónica Mamondi.

Las autoras agradecen a las autoridades y personal de la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba por las acciones que permitieron realizar este estudio, en las personas de la Dra. Ana Lia Torres, Subsecretaria de Salud; Lic. Claudia Casadei, Subdirectora de Atención Primaria; el Dr. Gustavo Martínez, Jefe del Departamento de Planificación y Asistencia Técnica; el Sr. Walter Palacios, Jefe de Mantenimiento; y miembros de los Equipos Zonales Interdisciplinarios que acompañaron al equipo que realizó el trabajo de campo facilitando la entrada a los centros de salud.

Evaluación y financiamiento

El proyecto de investigación fue evaluado, aprobado y parcialmente financiado por el Consejo de investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET; Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279) y la Secretaría de Ciencia y Tecnología, de la UNC (SECYT-UNC. Resol. 162/2012). El estudio fue oportunamente autorizado por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba; evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Infantil Municipal.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA.....	6
RESULTADOS DEL ESTUDIO EN LOS EQUIPOS DE SALUD	7
Descripción de los servicios y centros participantes	7
Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud	9
RESULTADOS DEL ESTUDIO EN LOS USUARIOS	10
Descripción de las características socioeconómicas.....	10
Grado de afiliación de las personas con el centro de atención primaria.....	12
Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud	14
ANEXOS.....	15
REFERENCIAS	34

INTRODUCCIÓN

En el área de las políticas y servicios sanitarios, la estrategia de atención primaria de la salud (APS) es reconocida como una medida efectiva para mejorar la calidad y alcanzar la equidad en la atención de la salud.^{1,2} La APS se planteó como una estrategia organizadora del sistema de salud que supone la incorporación de los conceptos de niveles de atención, escalones de complejidad y de articulación de las diferentes unidades entre sí, comprendiendo a todo el sistema de salud y a toda la población que sirve este sistema. En muchos países del mundo, independientemente del tipo de sistema sanitario, se han implementado reformas basadas en los fundamentos de la estrategia de APS y actualmente se dispone de herramientas para monitorizar los cambios y evaluar sus resultados.

Un elemento fundamental de esta estrategia es el primer nivel de atención de las personas, cuya calidad para brindar servicios de APS se ha definido por su accesibilidad, la integralidad de servicios para la mayoría de las necesidades en salud de la población, el desarrollo de una relación con los pacientes sostenida en el tiempo y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad. Así se plantea uno de los modelos teóricos de análisis de la calidad en el primer nivel de atención, reconocido internacionalmente (ver cuadro).³

Funciones de la atención primaria de la salud*

Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población.

Longitudinalidad: Relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación usuario-profesional basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Incluye la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud.

Coordinación: Es la función de enlace entre los niveles de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS.

Integralidad: Posibilidad de ofrecer un catálogo extenso, articulado e integral con todos los servicios que la población necesita. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de servicios disponibles y proporcionados.

Enfoque familiar: Centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.

Orientación comunitaria: Dirigir la atención a la detección y resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.

Competencia cultural: Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

El interés por esta estrategia se ha renovado a la luz de sus impactos en la salud de la población, en la mejora de la calidad de la prescripción farmacológica, en la mayor satisfacción de los usuarios y en la reducción de costos de la atención sanitaria.⁴ Sin embargo, se ha señalado la carencia de herramientas válidas para analizar los atributos que se espera reforzar en la implementación de la estrategia de APS,⁵ habitualmente focalizada a la monitorización de programas específicos.⁶ La evaluación de la APS puede ser un recurso de gestión de los administradores de servicios públicos, privados y de obras sociales.

Una de las posibilidades de gran interés en el campo de evaluación de los servicios de salud, es contar con indicadores capaces de reflejar el desempeño de las responsabilidades de los servicios y contar con la perspectiva de los propios usuarios. El conjunto PCAT (Primary Care Assessment Tools) introdujo un avance significativo en este campo. Esta familia de instrumentos permite conocer la experiencia de la población respecto de cada una de las funciones definidas para la APS y también ponerla en relación con la perspectiva de los gestores o de los equipos de salud y preguntarse si la calidad de los servicios disponibles en nuestro contexto es acorde a las recomendaciones internacionales y a las necesidades de la población a la que atienden. El conjunto PCAT fue señalado como el más completo por distinguir entre enfoques de evaluación dirigidos a políticas o al primer nivel de atención de la salud con la ventaja sobre otras herramientas de poder obtener similar información desde distintas perspectivas.⁷ Otro aspecto de gran interés de estos instrumentos es su diseminación e implementación a nivel mundial.

El Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud sostiene una línea de investigación evaluativa que pretende contribuir al análisis de la efectividad y la adecuación del sistema sanitario argentino a las necesidades en salud de la población. En 2009 comenzó el proceso de adaptación transcultural del conjunto PCAT a la población y al sistema sanitario argentino, consiguiendo las versiones argentinas para usuarios (población adulta e infantil),⁸ profesionales y equipos de salud, cuyas propiedades de fiabilidad y validez han sido estudiadas.⁹ En 2010, se ofreció la colaboración con la Dirección de Atención Primaria de la Salud para implementarlos y desde entonces, tras su presentación y una prueba piloto con jefes de centros, se realizó el estudio que se presenta en este informe.

El objetivo del estudio es conocer el grado de desempeño de las funciones de la APS desde la perspectiva de usuarios y de profesionales de salud de centros de atención de primer nivel de la Municipalidad de Córdoba.

El presente informe incluye los métodos y primeros resultados generales como material de reflexión destinado a los equipos de salud y grupos de trabajo. En el futuro se elaborará un informe completo que incluya una discusión y conclusiones que recoja la mirada de diversos actores.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los equipos de salud y usuarios de los 95 centros de primer nivel de atención, dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Municipalidad de Córdoba.

Se invitó a participar del estudio a todo el plantel agrupado por servicios, definidos por la propia institución según la especialidad de los profesionales: Medicina general, Pediatría, Ginecología, Clínica médica, Enfermería, Psicología y otros. El total de servicios se calculó en 356, con una distribución de 2 a 5 por centro. Los equipos fueron convocados a participar a través de una carta dirigida al jefe o encargado de cada centro, que fue acompañada por 2 a 5 cuestionarios, dependiendo de la cantidad de servicios existentes en cada centro. Cada cuestionario estaba en un sobre que se proponía utilizar para la devolución anónima y confidencial de la documentación. La distribución y recolección de cuestionarios se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2012.

El total de usuarios se calculó en 291, y se realizó una selección aleatoria de los centros de salud. Los usuarios fueron invitados a responder el cuestionario en la sala de espera del centro de salud. Un encuestador entrenado, leyó el consentimiento informado que incluía la explicación acerca de los propósitos del estudio y la anonimidad de las respuestas. Las entrevistas se realizaron en los meses de julio y agosto de 2013.

Los cuestionarios incluían la versión extensa del *Primary Care Assessment Tools* dirigido a profesionales de salud (PCAT-PE), usuarios adultos (PCAT-AE) y niños (PCAT-CE), adaptado para su uso en Argentina⁸ y cuya fiabilidad y validez fueron adecuadas.⁹ El PCAT incluyó preguntas para evaluar las siete funciones de la atención primaria de la salud, cuatro de ellas esenciales: primer contacto (accesibilidad), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información y sistemas de información) e integralidad (servicios disponibles y servicios proporcionados); y tres secundarias: enfoque familiar, orientación comunitaria, competencia cultural. La mayor parte de las preguntas tienen opciones de respuesta en escala de 1 a 4 puntos (1. "no, en absoluto", 2. "probablemente no", 3. "probablemente sí" y 4. "sí, sin duda") y la opción "no sabe o no recuerda". La puntuación de cada atributo se consigue calculando la media de las respuestas a los ítems que la componen. Además, se calcularon dos puntajes globales de APS, uno como promedio de las dimensiones esenciales y otro como promedio de todas las funciones. Para su interpretación, la puntuación es transformada en escala 0-10, considerando como un buen nivel de cumplimiento un promedio de 7 o más.

RESULTADOS DEL ESTUDIO EN LOS EQUIPOS DE SALUD

Descripción de los servicios y centros participantes

Se recolectaron 198 cuestionarios, de los cuales 184 estaban respondidos parcial (aprox. 9) o completamente y 14 estaban vacíos. Con ello, se puede obtener información sobre las funciones de la APS informada por el 51,7% de los servicios.

Los profesionales participantes respondieron desde servicios de 60 centros de salud, el 63% de los 95 centros de la DAPS. Al comparar los centros que estuvieron representados en el estudio con los que no participaron, entre los primeros hubo una proporción algo mayor de Centros de Salud (tabla 1), un promedio algo menor de médicos de familia y un promedio algo mayor de médicos clínicos (tabla 2) pero no se confirmó diferencia estadísticamente significativas en estas características ni en otras analizadas. Por ello, puede considerarse que, respecto de las características estructurales de los servicios, la muestra de centros participantes es representativa del total del centro.

Tabla 1. Comparación de centros participantes y no participantes según tipo de centro, zona y horario de atención.

	Sí participan		No participan		Total		valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de centro							
UPAS	17	28,3%	15	42,9%	32	33,7%	0,112
Centro de salud	43	71,7%	20	57,1%	63	66,3%	
Total	60	100,0%	35	100,0%	95	100,0%	
Zona							
1,00	10	16,7%	5	14,3%	15	15,8%	0,601
2,00	7	11,7%	7	20,0%	14	14,7%	
3,00	12	20,0%	5	14,3%	17	17,9%	
4,00	9	15,0%	6	17,1%	15	15,8%	
5,00	9	15,0%	8	22,9%	17	17,9%	
6,00	13	21,7%	4	11,4%	17	17,9%	
Total	60	100,0%	35	100,0%	95	100,0%	
Horario de atención							
24 hs	1	1,7%	2	5,7%	3	3,2%	0,553
Mañana	32	53,3%	18	51,4%	50	52,6%	
Mañana y tarde	27	45,0%	15	42,9%	42	44,2%	
Total	60	100,0%	35	100,0%	95	100,0%	

* valor p de la prueba de chi cuadrado para la comparación de proporciones entre grupos.

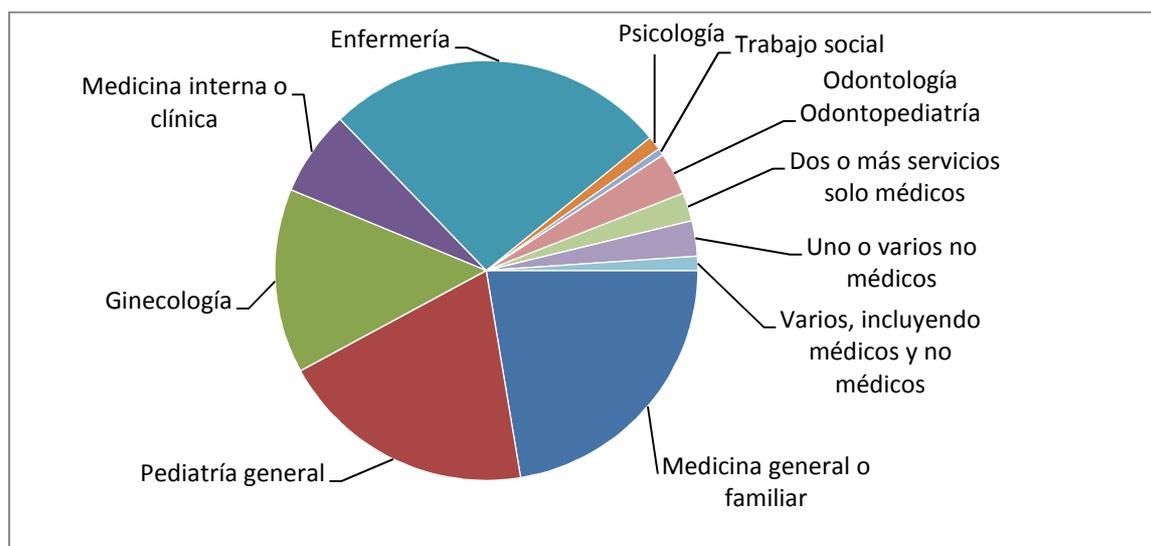
Tabla 2. Comparación de centros participantes y no participantes según la cantidad de personal por disciplinas.

	Sí participan			No participan			valor p**
	n	media	DE*	n	media	DE*	
Días/semana con méd. de familia en el centro	60	6,5	4,5	35	8,8	7,3	,060
Días/semana con méd. pediatras en el centro	60	5,4	4,0	35	5,3	4,2	,839
Días/semana con méd. ginecólogos/as en el centro	60	3,0	2,8	35	2,5	2,3	,383
Días/semana con méd. clínicos en el centro	60	2,8	2,8	35	2,1	3,0	,264
Cantidad de personal de las 4 especialidades médicas	60	17,6	6,5	35	18,6	7,9	,525
Número de enfermeras	60	2,3	1,0	35	2,8	2,1	,129
Número de personal de otras disciplinas	60	1,5	1,2	35	1,3	1,0	,570

* DE: desvío estándar; ** valor p de la prueba T de Student cuadrado para la comparación de medias entre grupos.

El 68,4% de los cuestionarios estaba respondido por un solo profesional, mientras que el 31,6% restante estaba respondido por más de un profesional (n=174; $vp^a=30$). El 68,4 % de las respuestas provino de los servicios de enfermería (26,2%), medicina general (22,4%) y pediatría (19,7%), seguidos por ginecología (14,2%), medicina interna (6,6%) y otros, entre los que participaron psicología, trabajo social, odontología, nutrición, kinesiología y administración (Figura 1). La especialidad de los profesionales participantes fue similar a la de los servicios, alcanzando el 52,3% la participación de personal de enfermería y medicina general.

Figura 1. Distribución de los servicios desde los cuales respondieron los profesionales.



^a vp: valores perdidos por falta de respuesta.

El 59,1 % de los profesionales respondieron por servicios que atienden a personas de todas las edades (n=107), un 19,9% por servicios que atienden solo a niños (n=36), y un 21% respondió por servicios para adultos (n= 38).

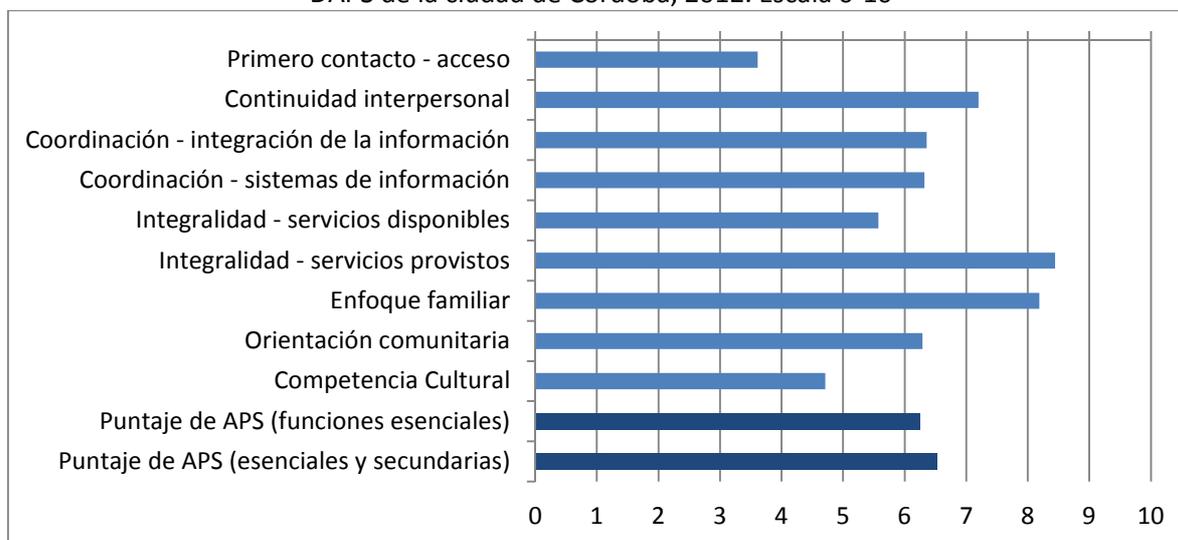
La antigüedad promedio de las personas participantes fue de 5,9 años (desvío estándar[DE]=6,3), con un 9% de profesionales participantes que tenían menos de 1 año y un 17% de profesionales con 10 o más años de antigüedad (n=154; vp=30). La dedicación semanal promedio de las personas que respondieron fue de 31,4 horas (DE= 9,2 horas), teniendo una dedicación de 35 o más horas semanales el 80,6% de ellas y de menos de 20 horas de dedicación, el 11,4%.

Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud

Se recibieron 184 cuestionarios respondidos por profesionales, aunque para el cálculo del puntaje del cumplimiento de la función de APS se consideraron las respuestas de 151 profesionales que devolvieron el cuestionario completo. La dimensión que menos respuestas obtuvo fue competencia cultural (89,7%) y la que más respuestas tuvo fue primer contacto-acceso (98,9%) seguida de la dimensión continuidad interpersonal (98,4%).

La puntuación media de la función global de APS fue de 6,3 puntos (DE= 0,8; mínimo 4 y máximo 8,8). La funciones que tuvieron un mejor nivel de cumplimiento fueron integralidad de los servicios proporcionados (media=8,4; DE=1,7), enfoque familiar (media=8,2; DE=1,5) y continuidad interpersonal (media=7,2; DE=1,1). Las funciones que mostraron poco desarrollo fueron primer contacto-acceso (media=3,6; DE=1,1), competencia cultural (media=4,7; DE=1,7), integralidad de los servicios disponibles (media=5,6; DE=1,5) orientación comunitaria (media=6,3; DE=1,8) y sistemas de información (media=6,3; DE=1,8) e integración de la información en coordinación con otros niveles (media=6,4; DE=1,8) (Figura 2). En los anexos 1 al 9 se presentan los resultados obtenidos en cada ítem (preguntas) de todas las funciones.

Figura 2. Puntaciones medias de las funciones de la APS por los profesionales de los centros de salud de la DAPS de la ciudad de Córdoba, 2012. Escala 0-10



RESULTADOS DEL ESTUDIO EN LOS USUARIOS

Descripción de las características socioeconómicas

Se visitaron 37 centros de salud elegidos aleatoriamente, en julio y agosto de 2013. Aceptaron participar 198 personas adultas y 258 cuidadores de niños que se encontraban en la sala de espera. De todas las personas encuestadas, el 77,3% (n=153) de los adultos y el 90,3% (n=233) de los cuidadores de los niños pudieron identificar al equipo de salud o al centro de salud en el que se encontraba como su proveedor de atención primaria, y estuvieron dispuestas a responder acerca de las funciones de APS. En este informe, haremos referencia a este grupo como *usuarios* de los centros de salud.

El 55,8 % de la población de usuarios infantiles eran varones (n=233), con una edad promedio de 4 años (DE=4,11; n=233). El 98% (n=229) de los adultos que respondieron por los niños referían ser los cuidadores (AR: adulto responsable). De ellos, el 96,5% eran mujeres (n=229) y tenían una edad promedio de 30,5 años (DE= 10,5; n=233). El 2,6% de los niños eran de Perú. El 83,7% contaban con cobertura sanitaria pública, el 16,3% con una o más coberturas privada o de obra social (n=233). La mayoría tenía secundaria incompleta o menor nivel educativo (66,8%).

En cuanto a los usuarios adultos, el 90,2% eran mujeres (n=153), con una edad promedio de 36,9 años (DE=16,5) (n=150; vp^a). El 5,2% eran de nacionalidad extranjera (4 personas de Bolivia, 1 de Chile y 3 de Perú). El 87,6 % contaban solamente con cobertura sanitaria pública, el 12,4% con cobertura privada o de obra social, y ninguno tenía dos coberturas (n=153). La mayoría tenía secundaria incompleta o menor nivel educativo (Tabla 3).

Tabla 3. Características socio demográficas de los usuarios adultos y niños que respondieron acerca de las funciones de APS en los centros de salud de la DAPS de la ciudad de Córdoba, en 2012-2013.

	Niños Totales	Adultos Totales
Edad	n= 233	n= 150*
	4	36,9
Sexo	n=233	n=153
Femenino	44,2%	90,2%
Masculino	55,8%	9,8%
Nacionalidad	n=233	n=153
Argentina	97,4%	94,8%
Otros	2,6%	5,2%
Nivel máximo de escolaridad	NA	n=153
No fue a la escuela o Primaria incompleta	-	11,8%
Primaria completa	-	20,9%
Secundaria incompleta	-	39,9%
Secundaria completa	-	19,6%
Terciario o universitario	-	7,8%
Cobertura sanitaria		n=153
Solo pública	83,7%	87,6%
Una cobertura privada o de obra social	15,9%	12,4%
Dos coberturas o más (obra social o privada)	0,4%	0%
Edad del AR**	n=229†	NA
	30,5 años	
Sexo del AR	n=229	NA
Femenino	96,5%	-
Masculino	3,5%	-
Nivel máximo de escolaridad del AR	n=229	NA
No fue a la escuela o Primaria incompleta	5,7%	-
Primaria completa	19,7%	-
Secundaria incompleta	41,5%	-
Secundaria completa	26,2%	-
Terciario o universitario	7,0%	-

*No respuesta: 3. **AR (adulto responsable): quien responde es quien cuida al niño. † AR n=229.

Grado de afiliación de las personas con el centro de atención primaria

El grado de afiliación es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud, y se evaluó a través de 3 preguntas del cuestionario PCAT donde se debía indicar si existe: 1) un lugar o médico a donde concurren cuando enferman o necesitan indicaciones acerca de su salud; 2) un lugar o profesional donde lo conozcan como persona; y, 3) un lugar o profesional responsable por la atención de su salud. El grado de afiliación se valoró como “muy fuerte” si identificaban en los 3 casos al mismo lugar (el centro de salud seleccionado); “fuerte”, si 2 eran iguales (este centro) o identificaba 3 lugares pero son diferentes y en la primer pregunta mencionaban este centro; “débil”, si solo identificaba 1 o 2 lugares diferentes y alguno era este centro; y “ninguna”, cuando no lograba nombrar ningún lugar pero asistió a este centro para ser atendido. Todas estas personas fueron consideradas usuarias, quedando excluidas las personas que identificaron como su médico o centro otro diferente al que estaban siendo entrevistados.

Con respecto al proveedor de APS de los niños, el 99,6% de los cuidadores respondió que existe un lugar a donde lleva al niño cuando enferma o necesitan indicaciones acerca de su salud, y un 88,8% refirió que existe un médico que conoce mejor al niño como persona y que tiene responsabilidad sobre la salud del mismo (figura 3). La mayoría (98,1%) de los AR refirió fuerte o muy fuerte afiliación con el proveedor de APS de los niños (figura 4).

Cuando se les solicitó a las personas usuarias de los centros de salud que respondieran por una fuente habitual de APS, 96,7% de los adultos refirieron que tenía un proveedor a donde concurrir habitualmente cuando se enferman o necesitan un consejo sobre su salud; el 83,7% declaró que existía un centro o médico que lo conocía como persona; y el 81% identificó a quien tiene responsabilidad en el cuidado de su salud (figura 5). Cuando se realizó la suma de las tres respuestas para conocer el grado de afiliación, el 68% de los adultos declararon una muy fuerte afiliación con su fuente de APS (figura 6).

Figura 3. Situaciones o características por las cuales los cuidadores identifican el centro de salud de la DAPS como el proveedor de APS de su niño o niña, 2013.

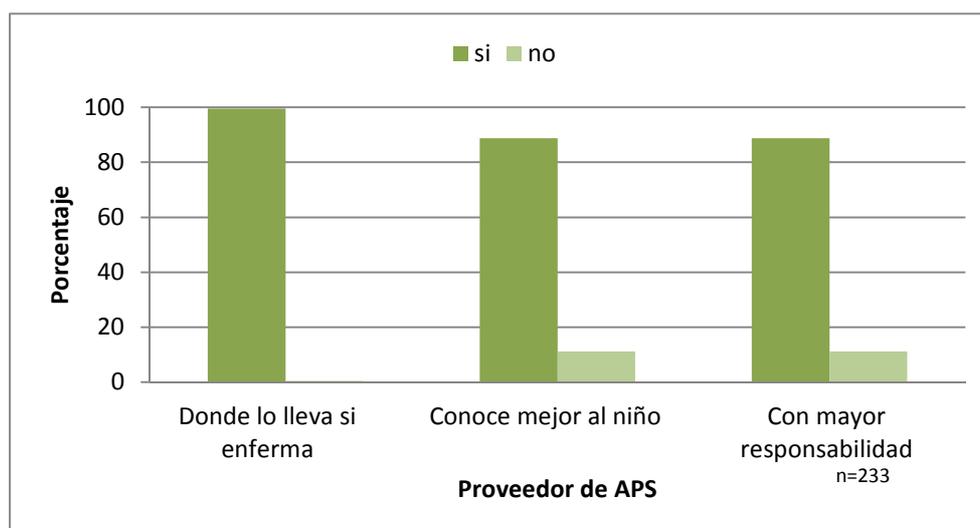


Figura 4. Grado de afiliación de los niños a su proveedor de APS.

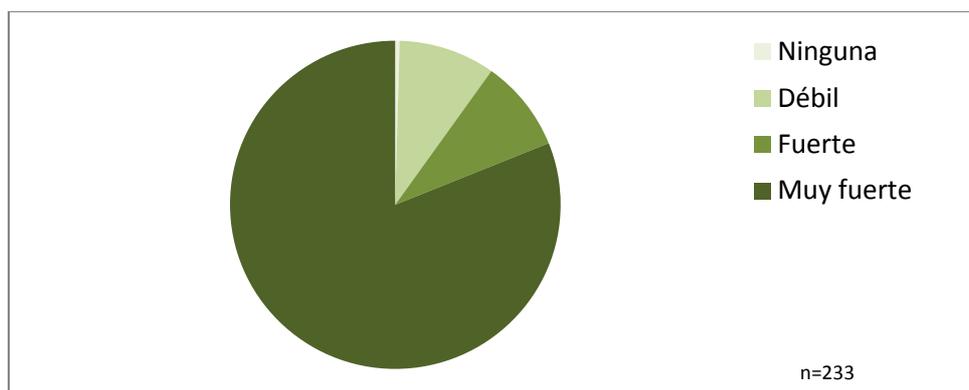


Figura 5. Situaciones o características por las cuales los adultos identifican el centro de salud de la DAPS como su proveedor de APS, 2013.

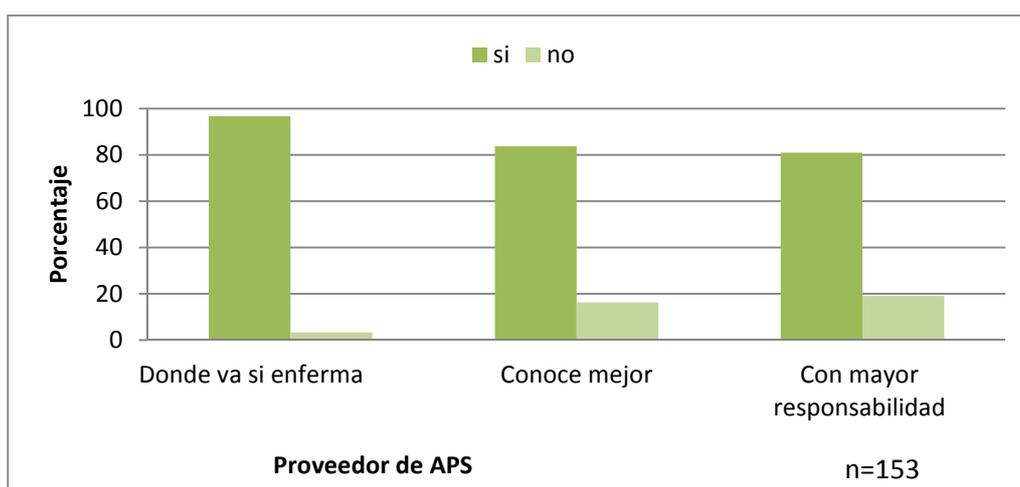
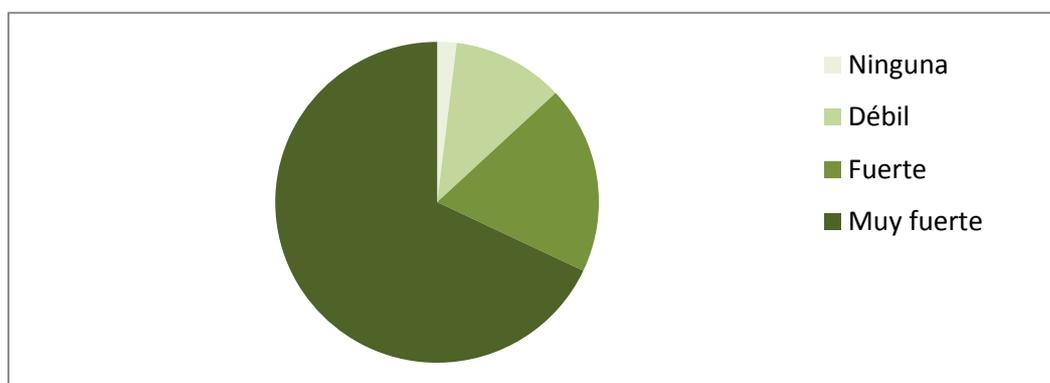


Figura 6. Grado de afiliación a los centros de la DAPS como su proveedor de APS, de las personas adultas usuarias entrevistadas.

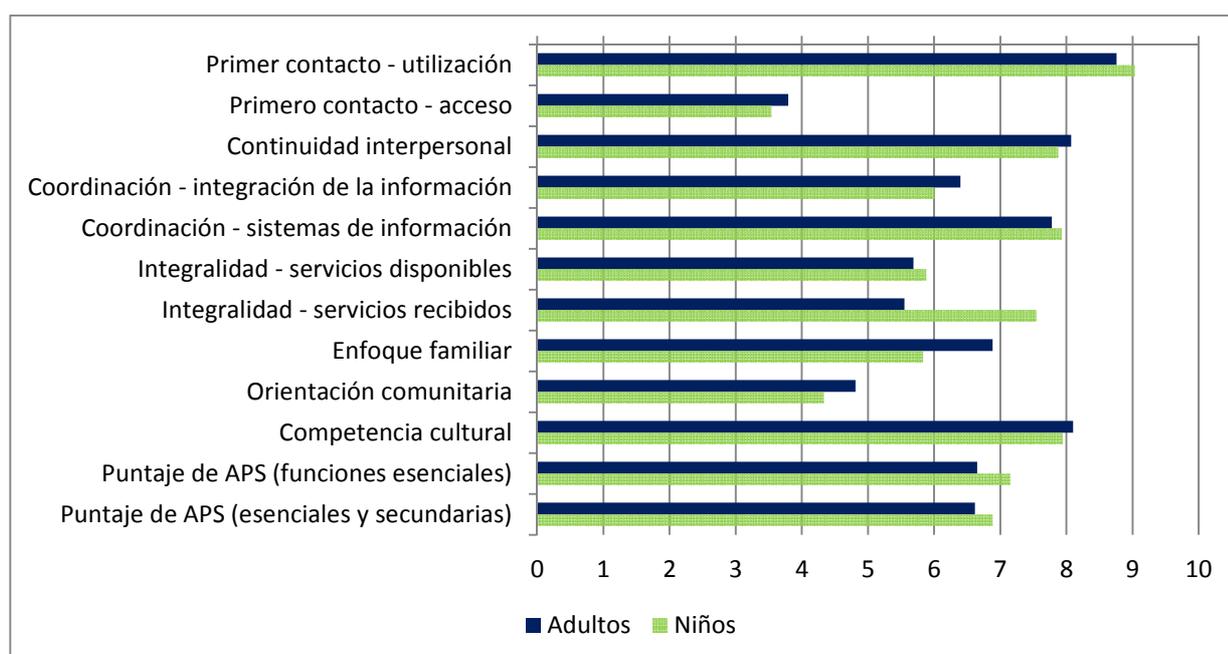


Valoración de las funciones de la atención primaria de la salud

La puntuación media de la función global de APS referida por los adultos fue de 6,6 puntos (DE= 1,5; mínimo 3,3 y máximo 9,0). Las funciones con mejor cumplimiento para los usuarios adultos fueron primer contacto-utilización (media= 8,8; DE= 2,2), seguida por competencia cultural (media= 8,1; DE= 2,9), continuidad interpersonal (media=8,1; DE= 1,8) y coordinación- sistemas de información (media=7,8; DE= 2,1). En las dimensiones que puntuaron por debajo del valor mínimo deseable fueron primer contacto- acceso (media= 3,8; DE= 1,6), orientación comunitaria (media= 4,8; DE= 2,3), integralidad de los servicios recibidos (media=5,6; DE= 2,6) y servicio disponibles (media=5,7; DE= 2,1), coordinación-integración de la información (media= 6,4; DE= 2,8) y enfoque familiar (media=6,9; DE= 3,2).

Para la población infantil de los centros de salud, la puntuación media de la función global de APS referida por los AR fue de 6,9 puntos (DE= 1,6; mínimo 2,5 y máximo 10). Las funciones con mejor cumplimiento para los niños fueron primer contacto-utilización (media= 9,0; DE= 1,6), seguida por competencia cultural (media= 7,9; DE= 3,0), continuidad interpersonal (media= 7,9; DE= 2,0), coordinación-sistemas de información (media= 7,9; DE= 1,8) y la integralidad de los servicios recibidos (media= 7,5; DE= 2,4). En las dimensiones que puntuaron por debajo del nivel mínimo deseable fueron primer contacto- acceso (media= 3,5; DE= 1,6), orientación comunitaria (media= 4,3; DE= 2,4), enfoque familiar (media= 5,8; DE= 3,1), integralidad de los servicios disponibles (media= 5,9; DE= 1,5), y coordinación-integración de la información (media= 6,0; DE= 2,7) ^b(Figura 7).

Figura 7. Puntaciones medias de las funciones de la APS por los usuarios de los centros de salud de la DAPS de la ciudad de Córdoba, 2013. Escala 0-10



^b Como información adicional, en los anexos 10 al 19 se presentan los resultados obtenidos por ítem en cada dimensión (preguntas).

ANEXOS

Anexo 1. Promedios de puntuación por ítems de la función de primer contacto de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

	PRIMER CONTACTO - ACCESIBILIDAD	Media	Desvío estándar
C1	¿Su consultorio/servicio está abierto los sábados y domingos?	0,1	0,8
C2	¿Su consultorio/servicio está abierto al menos un día de la semana hasta las 20 horas?	0,8	2,6
C3	Si su consultorio/servicio está abierto y los usuarios se enferman, ¿alguien de su servicio lo atendería ese mismo día?	8,3	2,7
C4	Cuando su consultorio/servicio está abierto, ¿los usuarios pueden recibir atención telefónica rápidamente si creen que la necesitan?	5,5	3,7
C5	Cuando su consultorio/servicio está cerrado, ¿usted tiene un número de teléfono al que los usuarios puedan llamarle y conseguir ayuda si se enferman?	1,0	2,3
C6	Cuando su consultorio/servicio está cerrado el fin de semana y los usuarios enferman ¿podría alguien de su servicio atenderles en el mismo día?	0,7	2,0
C7	Cuando su consultorio/servicio está cerrado por la noche y los usuarios se enferman, ¿podría alguien de su servicio atenderles esa misma noche?	0,7	2
C8	¿Un usuario puede conseguir fácilmente un turno en su consultorio/servicio para una consulta no urgente o un control de salud?	9,0	1,9
C9	¿Los usuarios de su consultorio/servicio tienen que esperar más de 30 minutos, en promedio, desde que llegan hasta ser atendidos por un/a médico/a o un/a enfermero/a?	6,5	2,8

Anexo 2. Promedios de puntuación por ítems de la función de continuidad de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		Media	Desvío estándar
D1	¿En su consultorio/servicio los usuarios son atendidos por el mismo profesional cada vez que hacen una consulta?	7,5	2,5
D2	¿Usted puede comprender las preguntas que le hacen sus usuarios?	9,6	1,1
D3	¿Cree que sus usuarios comprenden lo que usted les pregunta o les dice?	8,1	1,7
D4	¿Si los usuarios de su consultorio/servicio tienen una duda, pueden llamar y hablar con el médico o la enfermera que les conoce mejor?	8,3	2,2
D5	¿Cree que usted da a sus usuarios suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?	8,4	2,1
D6	¿Cree que sus usuarios se sienten cómodos hablando con usted sobre sus preocupaciones o problemas?	8,1	1,8
D7	¿Cree usted que conoce "muy bien" a los usuarios de su servicio?	6,7	2,1
D8	¿Usted sabe con quién vive cada uno de sus usuarios?	5,2	2,6
D9	¿Cree usted que comprende qué problemas son más importantes para los usuarios que atiende?	7,2	1,7
D10	¿Cree que usted conoce la historia clínica completa de cada usuario?	5,5	2,2
D11	¿Cree que usted conoce el trabajo o el empleo de cada uno de sus usuarios?	5,2	2,4
D12	¿Usted sabría si sus usuarios tienen problemas para conseguir o pagar una medicación recetada?	7,4	2,1
D13	¿Usted conoce todos los medicamentos que sus usuarios están consumiendo?	6,6	2,4

Anexo 3. Promedios de puntuación por ítems de la función de coordinación (integración de la información) de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN		Media	Desvío estándar
E1	¿Desde su consultorio/servicio llaman por teléfono o envían a los usuarios los resultados de las pruebas de laboratorio?	3,6	4,1
E7	¿Cree que usted sabe sobre todas las visitas que sus usuarios hacen a especialistas?	5,5	2,4
E7N	¿Cree que usted está al corriente de todas las visitas a urgencias de sus usuarios?	5,2	2,5
E8	Cuando los usuarios necesitan una derivación, ¿usted comenta con ellos los lugares a los que podrían ir?	9,2	1,6
E9	¿Alguien de su consultorio/servicio ayuda a los usuarios a conseguir un turno para la derivación a un especialista?	6,6	3,2
E10	Cuando deriva a sus usuarios, ¿les da información por escrito para el especialista o los servicios de especialidades médicas?	8,4	2,9
E11	¿Recibe usted información útil o contrarreferencia del especialista o de los servicios de especialidades sobre los usuarios que fueron derivados?	3,8	3,1
E12	Después de una derivación, ¿usted habla con sus usuarios sobre los resultados de la visita al especialista o a los servicios de especialidades?	8,7	2,0

Anexo 4. Promedios de puntuación por ítems de la función de coordinación (sistemas de información) de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

COORDINACIÓN - SISTEMAS DE INFORMACIÓN		Media	Desvío Estándar
F1	¿Se espera que los usuarios traigan registros como carné de vacunas o notas de atención médica recibida en el pasado?	9,1	1,8
F2	¿Usted permitiría a sus usuarios ver su historia clínica si ellos quieren?	7,5	2,9
F3	¿Las historias clínicas están disponibles cuando usted ve a sus usuarios?	9,5	1,2
F4	Diagramas o tablas con los resultados de laboratorio en la historia clínica	5,3	4,0
F5	Guías, protocolos o recomendaciones impresas en la historia clínica	6,2	3,7
F6	Auditorías periódicas de las historias clínicas	2,8	3,1
F7	Listas de problemas en las historias clínicas	4,9	3,6
F8	Listas de medicamentos en las historias clínicas	5,3	3,8

Anexo 5. Promedios de puntuación por ítems de la función de globalidad (servicios disponibles) de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

GLOBALIDAD - SERVICIOS DISPONIBLES		Media	Desvío estándar
G1	Asesoramiento sobre nutrición o dietas	5,8	3,7
G2	Vacunas	9,3	2,1
G3	Evaluación de condiciones para recibir beneficios o servicios de programas sociales	6,0	3,7
G4	Controles odontológicos	7,1	4,0
G5	Tratamientos odontológicos	6,6	4,1
G6	Servicios de planificación familiar y control de la natalidad	9,4	1,5
G7	Asesoramiento o tratamiento por consumo de alcohol o sustancias tóxicas	6,0	3,5
G8	Asesoramiento por problemas de conducta o salud mental	5,9	3,6
G9	Pruebas para intoxicación por contaminantes ambientales	1,8	2,8
G10	Suturas de heridas leves	1,9	3,0
G11	Asesoramiento y pruebas de VIH/SIDA	6,6	3,9
G12	Timpanocentesis	1,0	1,9
G13	Pruebas de visión	3,8	3,9
G14	Pruebas de alergia	1,0	2,1
G15	Inmovilización de un tobillo esguinzado	4,6	3,8
G16	Extracción de verrugas	1,4	2,7
G17	Citología vaginal (PAP)	7,8	3,8
G18	Tacto rectal	3,9	3,9
G19	Asesoramiento para dejar de fumar	6,3	3,7
G20	Atención prenatal	8,9	2,6
G21	Extirpación de una uña encarnada	1,9	2,9
G22	Asesoramiento en el caso de que alguien se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado	6,5	3,3
G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	6,5	3,3
G24	Sugerencias sobre atención de enfermería en el domicilio	6,4	3,3
G25	Servicios de nutrición maternoinfantil y programas alimentarios	6,4	3,8
G26	Entrega de métodos anticonceptivos	9,5	1,8
G27	Colocación de DIU	7,2	4,2
G28	Diagnóstico de problemas de conducta o salud mental	5,2	3,8
G29	Tratamiento de problemas de conducta o salud mental	3,9	3,9
G30	Tratamiento de adicciones	2,5	3,2
G31	Asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos como paternidad, separación, jubilación, desempleo	5,6	3,7
G32	Asesoramiento sobre violencia familiar	7,9	2,6

Anexo 6. Promedios de puntuación por ítems de la función de globalidad (servicios proporcionados) de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

GLOBALIDAD - SERVICIOS PROPORCIONADOS		Media	Desvío estándar
H1	Hábitos saludables como la alimentación y el descanso	9,3	1,9
H2	Seguridad del hogar como almacenar de manera segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)	8,7	2,6
H3	Uso de cinturón de seguridad	5,7	4,1
H4	Manejo de conflictos familiares	6,5	3,6
H5	Actividad física apropiada	7,3	3,7
H6	Niveles de colesterol	7,0	3,8
H7	Medicamentos que están siendo consumidos	7,5	3,7
H8	Exposición a sustancias dañinas en el hogar, en el trabajo o en el barrio	6,6	3,8
H10	Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad	7,0	3,9
H11	Prevención de caídas	6,9	3,9
H12	Prevención de la osteoporosis o fragilidad ósea en mujeres	6,6	3,9
H13	Atención de problemas menstruales o menopáusicos comunes	6,7	4,0
H14	Maneras de abordar los problemas de comportamiento de los chicos/as	7,5	3,3
H15	¿En su consultorio/servicio se pregunta a sus usuarios sobre sus opiniones o intenciones cuando se planifica su tratamiento o atención, o la de un miembro de su familia?	7,9	2,6
H16	¿En su consultorio/servicio se pregunta a los usuarios sobre las enfermedades o problemas que pueden haber en su familia?	9,3	1,5
H17	¿Los/as profesionales de su consultorio/servicio están dispuestos y pueden reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o de problemas familiares?	8,0	2,2
H18	Se utilizan familigramas o el cuestionario APGAR familiar	7,3	3,7

Anexo 7. Promedios de puntuación por ítems de la función de enfoque familiar de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

ENFOQUE FAMILIAR		Media	Desvío estándar
I1	Se habla de factores de riesgo familiares (por ejemplo, genéticos)	8,8	2,2
I2	Se habla de los recursos económicos de la familia	8,3	2,2
I3	Se habla de factores de riesgo sociales (por ejemplo, el desempleo)	8,2	2,1
I4	Se habla de las condiciones materiales del hogar (por ejemplo, el funcionamiento de la heladera o las temperaturas, etc.)	7,4	2,7
I5	Se habla del estado de salud de otras personas de la familia	8,2	2,1
I6	Se habla de la crianza de los niños y niñas	8,4	2,2
I7	Se evalúan signos de maltrato infantil	8,7	2,2
I8	Se evalúan signos de maltrato a mujeres	8,5	2,2
I9	Se evalúan signos de maltrato a ancianos	7,8	2,8
I10	Se evalúan indicios de crisis familiares	7,8	2,4
I11	Se evalúa el impacto de la salud de los usuarios en el funcionamiento familiar	7,8	2,3
I11n1	Se evalúa el desarrollo de niños y niñas	8,9	2,4
I11n2	Cambios en el crecimiento y en el comportamiento característicos a determinadas edades	8,1	3,3
I12	Temas de seguridad para niños menores de 6 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública	7,4	3,6
I13	Temas de seguridad en niños y niñas de 6 a 12 años: Uso de cinturones de seguridad y modos de prevenir accidentes en el hogar	7,3	3,5
I14	Temas de seguridad en adolescentes: educación sexual, asesoramiento sobre adicciones y efectos del alcohol, afrontamiento pacífico de conflictos para evitar violencia	8,1	3,1

Anexo 8. Promedios de puntuación por ítems de la función de orientación comunitaria de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

ORIENTACIÓN COMUNITARIA		Media	Desvío estándar
J1	¿Usted o alguien de su servicio realizan visitas domiciliarias programadas?	7,3	2,9
J2	¿Considera que en su servicio se tiene un adecuado conocimiento de los problemas de las comunidades que atiende?	7,3	2,1
J3	¿En su servicio se aceptan opiniones e ideas de la gente, que podrían mejorar la atención de la salud?	8,2	2,2
J4	¿En su consultorio se pueden cambiar algunos servicios o programas en respuesta a problemas específicos de salud de la comunidad?	7,8	2,1
J4n	¿Los profesionales de su servicio organizan actividades de participación comunitaria, como talleres y jornadas?	8,1	2,8
J5	Datos de mortalidad	5,2	3,1
J6	Datos de salud pública sobre enfermedades transmisibles (por ejemplo, de transmisión sexual, tuberculosis)	7,6	2,7
J7	Tasas de vacunación	7,8	2,6
J8	Datos de salud pública sobre riesgos sanitarios o laborales	6,2	3,1
J9	Datos clínicos obtenidos en su centro	7,3	2,7
J11	Encuestas a los usuarios	3,6	3,3
J12	Encuestas comunitarias	3,9	3,4
J13	Opiniones/expresiones de organizaciones comunitarias o vecinales	5,5	3,4
J14	Opiniones/expresiones del equipo de salud del centro	7,9	2,7
J15	Análisis de datos locales o estadísticas vitales	6,2	3,2
J16	Evaluaciones sistemáticas de los programas y servicios provistos	6,5	3,1
J17	Trabajadores de salud comunitarios	3,8	3,7
J18	Tener alguna persona del barrio participando de reuniones del Equipo de Salud de su centro	2,9	3,3
J20	Trabajar en red con instituciones locales o gubernamentales involucradas con diversos grupos culturales	7,2	3,0
J21	Contactar con organizaciones o servicios religiosos	5,2	3,6
J22	Involucrar a grupos del barrio o líderes comunitarios	6,1	3,2
J23	Establecer relaciones con servicios sociales comunitarios	6,1	3,2
J23n	Participar en mesas de gestión local o reuniones con instituciones de la comunidad	7,0	3,2

Anexo 9. Promedios de puntuación por ítems de la función de enfoque familiar de la APS. Escala 0-10 puntos. DAPS, equipos de salud. Noviembre-diciembre 2012

COMPETENCIA CULTURAL		Media	Desvío estándar
K2	¿En su centro pueden comunicarse con personas que no hablen bien en castellano o que vengan de otro país?	7,2	2,8
K3	Si es necesario, ¿los/as profesionales de su centro tienen en cuenta creencias particulares de la familia acerca del cuidado de la salud o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, medicinas caseras)?	7,7	2,5
K4	Si es necesario, ¿los/as médicos/as de su centro tienen en cuenta la intención de la familia de usar tratamientos alternativos como homeopatía o acupuntura?	7,1	2,7
K5	Entrenamiento del equipo de salud por docentes externos	2,5	3,2
K6	Programas de servicios presentados por los miembros del equipo de su centro	4,1	3,6
K7	Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes, costumbres religiosas)	5,2	3,6
K8	La composición del equipo de salud del centro refleja la diversidad cultural de la población atendida	4,7	3,3
K9	Hay traductores o intérpretes	0,9	1,9
K10	Planificación de servicios que reflejen la diversidad cultural	3,0	3,4

Anexo 10. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de primer contacto- accesibilidad de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos.

PRIMER CONTACTO - ACCESO		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
C1	CAPS abre los sábados o domingos	0,5	1,8	0,7	2,1
C2	Abierto por lo menos, algunas tardes durante la semana hasta las 20hs?	0,9	2,2	1,8	3,2
C3	CAPS abierto y alguien se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?	6,6	3,9	6,9	3,9
C4	CAPS abierto, ¿los usuarios pueden recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesitan?	1,6	2,9	2,0	3,2
C5	CAPS cerrado, ¿el usuario puede recibir atención médica telefónica cuando se enferme?	0,6	2,1	0,7	2,1
C6	CAPS cerrado durante los sábados y domingos y alguien se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?	0,3	1,5	0,6	2,0
C7	CAPS cerrado y alguien se enferma durante la noche, ¿alguien de allí lo/la atendería esa misma noche?	0,3	1,6	0,7	2,2
C8	¿Es fácil conseguir un turno allí para control médico?	6,7	4,2	7,0	4,0
C9	Al llegar al CAPS, ¿hay que esperar más de 30 minutos para ser atendido con turno?	3,5	4,2	4,2	4,4
C10	Tener que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno	7,1	4,3	7,8	3,8
C11	Cuando se necesita ¿resulta difícil ser atendido en el CAPS?	7,5	4,0	6,7	4,3
C12	Cuando tiene que ir al CAPS, ¿alguien tiene que faltar o pedir permiso en su trabajo o escuela?	7,0	4,5	6,5	4,6

Anexo 11. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de primer contacto-utilización de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos.

PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
B1	Control de salud de rutina, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	9,7	1,4	9,1	2,4
B2	Nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	8,8	2,9	8,8	2,9
BE	Ir a un especialista, ¿su CAPS lo tiene que autorizar o derivar?	7,7	4,1	7,9	3,9
B4	Cuando el niño/a necesita una vacuna, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?	9,9	1,0		

Anexo 12. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de continuidad de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
D1	Los usuarios se atienden con el mismo profesional?	8,2	3,6	8,1	3,3
D2	Comprensión por parte del profesional acerca de lo que dice el usuario.	9,6	1,6	9,2	2,3
D3	Comprensión por parte del usuario acerca de lo que dice el profesional	9,7	1,3	9,4	2,0
D4	Si el usuario tiene una pregunta, ¿puede llamar y hablar con el médico/a o enfermera que lo conoce?	7,7	3,9	7,7	3,6
D5	Los profesionales del CAPS ¿dan suficiente tiempo para hablar sobre preocupaciones o problemas?	8,5	3,2	8,8	2,9
D6	Comodidad del usuario con el médico/a o profesionales para hablar de preocupaciones o problemas.	9,3	2,4	9,1	2,7
D7	El médico/a o profesionales del CAPS ¿conocen al usuario como persona, además de como alguien que posee un problema médico?	5,6	4,8	6,0	4,6
D8	El médico/a o profesionales del CAPS ¿saben con quién vive?	8,4	3,5	7,4	4,2
D9	El médico/a o profesionales del CAPS ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para él y su familia?	6,2	4,6	6,1	4,5
D10	El médico/a o profesionales del CAPS ¿conocen la historia clínica completa?	8,4	3,5	8,3	3,3
D11	El médico/a o profesionales del CAPS ¿conocen las ocupaciones de las personas?	6,4	4,6	6,9	4,4
D12	El médico/a o profesionales del CAPS ¿sabrían si su familia tiene problemas para conseguir o pagar los medicamentos que su hijo/a necesita?	6,4	4,4	7,5	3,8
D13	Los profesionales del CAPS conocen los medicamentos que los usuarios están tomando?	8,9	3,1	8,8	2,8
D15	¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil?	7,1	4,3	7,7	3,9

Anexo 13. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de coordinación (integración de la información) de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
E1	Entregan los resultados de los análisis de laboratorio	5,2	4,5	6,3	4,4
E6	Algún profesional de su CAPS le recomendó que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?	5,5	5,0	5,4	3,8
E7	¿El médico/a o algún profesional de su CAPS sabe que fue al especialista o servicio especialidad médica?	8,1	3,9	6,0	3,7
E8	El profesional del CAPS habla acerca de los diferentes lugares donde podría ir para la derivación	6,4	4,7	5,8	3,8
E9	¿Alguien del CAPS ayuda a conseguir el turno?	1,7	3,7	2,6	3,1
E10	El profesional del CAPS da información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	5,7	4,9	5,2	3,9
E11	¿El médico/a (o algún profesional de su CAPS) conoce cuáles fueron los resultados de esa consulta?	8,2	3,7	5,9	3,7
E12	Luego de su consulta con el especialista, ¿el médico/a (o algún profesional de su CAPS) habla acerca de lo que sucedió durante esa consulta?	7,5	4,2	5,7	3,8
E13	¿Su médico/a (o algún profesional de su CAPS) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?	6,1	4,7	5,5	3,6

Anexo 14. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de coordinación (sistemas de información) de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

COORDINACIÓN – SISTEMAS DE INFORMACIÓN		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
F1	Cuando los usuarios van al CAPS, ¿llevan algún registro médico previos?	8,8	3,1	7,4	4,1
F2	Si quisiera el usuario, ¿podría obtener su historia clínica?	5,4	3,8	6,0	3,7
F3	¿La historia clínica está siempre disponible?	9,7	1,6	9,3	2,0

Anexo 15. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de integralidad (servicios disponibles) de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

INTEGRALIDAD- SERVICIOS DISPONIBLES		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
G2	Colocación de vacunas	10,0	0		
G4	Control odontológico	8,3	3,6	7,2	4,2
G6	Información o asesoramiento sobre planificación familiar o métodos de control de natalidad	8,0	3,4	7,2	3,6
G7	Asesoramiento sobre adicciones	4,2	3,5	5,3	3,7
G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	5,2	4,2	5,3	3,9
G10	Coser una herida que necesita puntos	3,8	3,7	3,9	3,8
G16	Extracción de verrugas	2,4	2,1	2,1	2,3
G19	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco	3,8	3,4	4,8	3,7
G22	Asesoramiento en el caso de que alguien de su familia se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado	4,0	3,1	4,5	3,5
G23	Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento	4,4	3,4	4,7	3,6
G27N	Entrega de métodos anticonceptivos	9,9	0,7	9,5	1,7

Anexo 16. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de integralidad (servicios recibidos) de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

INTEGRALIDAD- SERVICIOS RECIBIDOS		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
H1	Hábitos saludables	9,5	2,0	8,2	3,7
H2	Seguridad del hogar	8,3	3,7	6,5	4,7
H15	Cambios en el crecimiento y el comportamiento característicos en determinadas edades	8,9	3,0	n/c	n/c
H14	Manejo de problemas de comportamiento de su hijo/a	6,7	4,6	n/c	n/c
H17	Uso del cinturón de seguridad y modos de prevenir accidentes en la calle	4,1	4,9	3,0	4,5
H4	Manejo de conflictos con otras personas	n/c	n/c	3,3	4,6
H5	Ejercicio físico apropiado para Ud.	n/c	n/c	6,0	4,8
H6	Control de niveles de colesterol en la sangre	n/c	n/c	5,7	4,8
H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	n/c	n/c	7,5	4,3
H8	Posible exposición a sustancias tóxicas en su casa, trabajo o barrio	n/c	n/c	3,8	4,8
H9	Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad	n/c	n/c	4,3	4,9
H10	Prevención de caídas	n/c	n/c	4,0	4,8
H11	Para mujeres: prevención de osteoporosis o huesos frágiles	n/c	n/c	4,0	4,8
H12	Para mujeres: cuidados de molestias comunes de la menstruación o la menopausia	n/c	n/c	6,1	4,8

n/c: no corresponde; pregunta no incluida en el cuestionario.

Anexo 17. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de enfoque familiar de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

ENFOQUE FAMILIAR	Niños		Adultos	
	Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
I1 Los profesionales del CAPS preguntan a los usuarios opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento?	5,0	4,9	6,2	4,5
I2 Los profesionales del CAPS conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en la familia del usuario?	6,7	4,5	7,6	3,9
I3 Los profesionales del CAPS se reunirían con la familia del usuario si fuese necesario?	5,7	3,7	6,7	4,0

Anexo 18. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de orientación comunitaria de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

ORIENTACIÓN COMUNITARIA		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
J1	¿Alguien del CAPS realiza visitas a domicilio sin que sea solicitado por el usuario?	3,1	3,6	3,0	3,6
J2	Los profesionales del CAPS conocen los problemas de salud más importantes del barrio?	5,5	3,5	5,9	3,5
J3	Los profesionales del CAPS aceptan opiniones e ideas de personas, que podrían mejorar la atención de salud?	5,7	3,5	6,6	3,3
J4	Los profesionales de su CAPS realizan reuniones con instituciones como escuelas u organizaciones o referentes comunitarios (asociación vecinal, club, ONG) para tratar los principales problemas de salud de su barrio?	6,2	3,5	6,5	3,6
J5	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen las personas o instituciones a las que Ud. recurre por ayuda cuando tiene un problema?	4,9	4,4	5,4	4,4
J6	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan actividades de participación comunitaria, como talleres y jornadas?	5,5	4,0	5,5	3,8
J7	Encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente	2,2	3,3	3,0	3,3
J8	Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud	2,6	3,5	3,1	3,4
J9	Alguien del barrio participa de alguna reunión del Equipo de Salud del CAPS	2,7	3,8	3,6	4,0

Anexo 19. Promedios de puntuación de los usuarios de la DAPS, por ítems de la función de competencia cultural de la APS, en 2013. Escala 0-10 puntos

COMPETENCIA CULTURAL		Niños		Adultos	
		Media	Desvío estándar	Media	Desvío estándar
K1	¿Le recomendaría el CAPS a un amigo o pariente?	8,6	3,3	8,7	2,9
K2	¿Le recomendaría el CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?	7,9	3,8	7,8	3,6
K3	¿Le recomendaría el CAPS a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?	7,3	4,1	7,0	4,0

REFERENCIAS

- ¹ World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [Acceso el 15 de diciembre de 2011]
- ² Donaldson MS, Yordy KD, Vanselow NA (eds). Institute of Medicine: Defining Primary Care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
- ³ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York. Oxford University Press; 1998.
- ⁴ World Health Organization. World Health Report 2008: *Primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- ⁵ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):73-84.
- ⁶ Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):150-71.
- ⁷ Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009;18(6):44-8.
- ⁸ Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Argent Salud Pública*. 2011;2(8):6-14.
- ⁹ Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):30-9.