

**Continuidad de los servicios de salud esenciales: Herramienta de evaluación de los centros**

Módulo del conjunto de evaluaciones de la capacidad de los servicios de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19

ORIENTACIONES PROVISIONALES

12 de mayo de 2021

# Consentimiento

Hola. Me llamo [nombre del entrevistador]. Le llamo en nombre del [Ministerio de Sanidad / organismo ejecutor]. El [Ministerio de Sanidad / organismo ejecutor] está llevando a cabo una evaluación de los centros de salud para ayudar al gobierno a tener un mayor conocimiento sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 en [país]. Su centro ha sido seleccionado para participar en este estudio. Le haremos preguntas sobre varios servicios de salud esenciales. La información recopilada sobre su centro durante este estudio podrá ser utilizada por el [Ministerio de Sanidad / organismo ejecutor], las entidades que prestan apoyo a los servicios en su centro y los investigadores, para planificar la mejora del servicio o para realizar más estudios sobre los servicios de salud. No se incluirá su nombre ni el nombre de ningún otro miembro del personal que participe en este estudio en el conjunto de datos ni en ningún informe. No se publicarán identificadores del centro.

Le rogamos que nos ayude a recopilar esta información. Puede negarse a responder cualquier pregunta o decidir interrumpir la entrevista en cualquier momento. Sin embargo, esperamos que responda las preguntas, lo que comportará un beneficio para los servicios que proporciona y para la nación. Si hay preguntas para las que considera que otra persona es la más adecuada para proporcionar la información, le agradecería que me presentara a esa persona para que nos ayude a recopilar esa información. ¿Tiene alguna pregunta sobre el estudio en este momento? ¿Me da su consentimiento para continuar?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 1.A | ¿Puedo comenzar la entrevista? | 1. Sí 2. No – Deténgase. Pase a la pregunta 11.4 |
| 1.B | Escriba el nombre del entrevistador e indique que ha obtenido el consentimiento | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Apartado 1: Identificación y descripción del centro de salud

Las preguntas de este apartado están relacionadas con la identificación y descripción del centro.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | | |
| 1.1 | Código del centro |  | | |
| 1.1.1 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondiente)  Nombre de la región/provincia |  | | |
| 1.1.2 | (Pregunta opcional específica para el paísa)  Nombre del distrito/condado |  | | |
| 1.1.3 | (Pregunta opcional específica para el paísb)  Nombre del pueblo/clan/localidad |  | | |
| 1.2 | ¿Puede confirmarme su nombre? |  | | |
| 1.3 | ¿Puede confirmarme el nombre del centro? |  | | |
| 1.4 | ¿Dónde está ubicado el centro? | 1. Urbano 2. Rural | | |
| 1.5 | ¿Qué tipo de centro es? | (Adaptación de la respuesta para el país correspondiente: adapte la lista según el sistema de salud del propio país)   1. Centro/clínica de atención primaria 2. Hospitales de primera derivación (hospital de distrito) 3. Otro hospital general con especialidades u hospital de especialidad única 4. Centro de atención a largo plazo 5. Otro   Si «Otro», especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1.6 | ¿Cuál es la autoridad gestora del centro? | (Adaptación de la respuesta para el país correspondiente: adapte la lista según el sistema de salud del propio país)   1. Gobierno 2. Privado con fines de lucro 3. Privado sin fines de lucro (por ejemplo, organización no gubernamental, religiosa) 4. Otro | | |
| 1.7 | ¿Cuál es su cargo en el centro? |  | | |
| 1.8i | Compruebe si el encuestado es el director/gerente del centro. En caso afirmativo, pase a la pregunta 1.10. | | | |
| 1.8 | ¿Cómo se llama el director/gerente del centro? |  | | |
| 1.9 | ¿Cuál es el número de teléfono del director/gerente del centro? |  | | |
| 1.10 | Anote la fecha | Día: | Mes: | Año: |

a-b Omita la pregunta, a menos que el nivel administrativo se utilice como estrato de muestreo o sea relevante para el análisis.

Las preguntas siguientes están relacionadas con los servicios ofrecidos en este centro.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | |
| 1.11 | ¿Proporciona este centro servicios para pacientes hospitalizados? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 1.14 | |
| 1.12 | ¿Cuántas camas para pasar la noche o para pacientes hospitalizados tiene el centro en total, excluidas las camas de parto? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas (entrada numérica) | |
| 1.13 | Del número total de camas para pacientes hospitalizados, ¿cuántas son camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas UCI (entrada numérica) | |
| 1.14 | ¿Dispone el centro de los siguientes departamentos o salas/espacios? | 1. Sí | 1. No |
| 1.14.1 | Servicio de urgencias con personal las 24 horas | ☐ | ☐ |
| 1.14.2 | Quirófano | ☐ | ☐ |

# Apartado 2: Personal

Las preguntas de este apartado se refieren a la dotación de personal en los últimos 3 meses.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | | | | |
| 2.1 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondiente: adapte la lista de personal según el sistema de salud del propio país).  Para cada una de las siguientes ocupaciones, proporcione el número total de empleados y el número de empleados a los que se ha diagnosticado COVID‑19 en los últimos 3 meses. | 2.1.1.1 Número de empleados | | 2.1.1.2 Número de empleados a los que se ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 3 meses | | |
| 2.1.1 | Personal médico |  | |  | | |
| 2.1.2 | Personal de enfermería |  | |  | | |
| 2.1.3 | Personal de obstetricia |  | |  | | |
| 2.1.4 | Otro personal clínico (incluidos los asociados médicos) |  | |  | | |
| 2.1.5 | Personal de laboratorio |  | |  | | |
| 2.1.6 | Personal de radiología |  | |  | | |
| 2.1.7 | Personal de farmacia |  | |  | | |
| 2.1.8 | Personal administrativo |  | |  | | |
| 2.1.9 | Personal de apoyo |  | |  | | |
| 2.1.10 | Otro |  | |  | | |
| 2.1.ai | Escriba el número total de personal calculado en la pantalla entre los corchetes de la pregunta siguiente. | | | | | |
| 2.1.a | Ha declarado que en el centro trabajan [NÚMERO TOTAL DE PERSONAL] personas. ¿Ha recibido alguna la vacuna contra la COVID-19? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 2.2 | | | | |
| 2.1.b | ¿Cuántas han recibido la vacuna contra la COVID-19? Personas que han recibido al menos una dosis. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personas (entrada numérica) | | | | |
| 2.1.c | ¿Cuántas han recibido todas las dosis requeridas? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personas (entrada numérica) | | | | |
| 2.2 | ¿Algún miembro del personal ha estado de baja o ausente en algún momento durante los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 2.4 | | | | |
| 2.3 | Indique los motivos de la baja o ausencia del personal en los últimos 3 meses.  ***No lea las opciones de respuesta en voz alta. Seleccione todas las respuestas que corresponda.*** | 1. Vacaciones o días de asuntos personales 2. Baja por enfermedad: no relacionada con la COVID-19, incluida la baja por maternidad 3. Baja por enfermedad: relacionada con la COVID-19, incluida la cuarentena preventiva 4. Cuidado de familiares que tienen la COVID-19 5. Política gubernamental sobre la presentación de los trabajadores sanitarios en el trabajo durante un brote (respuesta opcional específica para el país) 6. Transporte limitado debido al confinamiento 7. Falta de equipos de protección personal 8. Miedo relacionado con la COVID-19 9. Miedo relacionado con la violencia dirigida a los trabajadores sanitarios 10. Problemas de agotamiento o de salud mental relacionados con la COVID-19 11. Acción industrial / huelga (respuesta opcional específica para el país) 12. Otro 13. Desconocido | | | | |
| 2.4 | ¿Ha realizado el centro algún cambio en la forma en que se gestiona a los trabajadores sanitarios en los últimos 3 meses, en concreto debido a cambios en el volumen de pacientes o el tipo de pacientes relacionados con la COVID-19? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 2.6 3. No procede, no ha habido cambios en el volumen ni el tipo de pacientes relacionados con la COVID-19 – Pase a la pregunta 2.6 | | | | |
| 2.5 | ¿Qué cambios se han hecho?  ***Seleccione «Sí» solo si el ajuste está relacionado con cambios en el volumen o el tipo de pacientes relacionados con la COVID-19*** | | 1. Sí | | | 1. No |
| 2.5.1 | Reasignación a diferentes servicios/responsabilidades en el centro | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.2 | Aumento de las horas de trabajo del personal a jornada reducida | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.3 | Aumento de las horas extras del personal a jornada completa | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.4 | Reclutamiento de nuevo personal para gestionar el aumento del volumen de pacientes | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.5 | Reclutamiento de voluntarios para gestionar el aumento del volumen de pacientes | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.6 | Recepción de personal temporal cedido de otros centros | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.7 | Traslado temporal a un centro distinto | | ☐ | | | ☐ |
| 2.5.8 | Despido o permiso sin sueldo | | ☐ | | | ☐ |
| 2.6 | ¿Ha recibido algún miembro del personal del centro capacitación o apoyo relacionado con la COVID-19 en los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 2.8 | | | | |
| 2.7 | ¿Qué tipo de capacitación o apoyo han recibido? | | 1. Sí | | 1. No | |
| 2.7.1 | Capacitación en prevención y control de infecciones (PCI) | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.2 | Capacitación en el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP) | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.3 | Capacitación en protocolos de triaje para el manejo de casos de COVID-19 | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.4 | Capacitación en la gestión de situaciones de emergencia | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.5 | (Pregunta opcional específica para el país)  Capacitación en la prestación de asistencia sanitaria a distancia | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.6 | Apoyo en materia de salud mental y apoyo psicosocial para el personal en conjunto o para miembros individuales según sea necesario | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.7 | Supervisión de apoyo para la PCI | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.8 | Supervisión de apoyo para el uso adecuado del EPP | | ☐ | | ☐ | |
| 2.7.9 | Supervisión de apoyo para la gestión de casos de COVID-19 | | ☐ | | ☐ | |
| 2.8 | (Pregunta opcional específica para el país)  ¿Cuál fue la fecha de la última supervisión de cualquier tema?  (Especifique el tipo de supervisión según el contexto del país). | | MM/AAAA | | | |

# Apartado 3: Gestión financiera

Las preguntas de este apartado se refieren a la gestión financiera durante la pandemia de COVID-19.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 3.1 | ¿Cobra el centro a los usuarios por los servicios prestados? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 3.5 |
| 3.2 | En los últimos 3 meses, ¿ha eximido el centro a los usuarios de los pagos por ciertos servicios? | 1. Sí, se han cancelado los pagos solo para los servicios relacionados con la COVID-19 2. Sí, se han cancelado los pagos solo para otros servicios sanitarios 3. Sí, se han cancelado los pagos para los servicios relacionados con la COVID-19 y para otros servicios sanitarios 4. No |
| 3.3 | (Pregunta opcional específica para el país)  En los últimos 3 meses, ¿ha eximido el centro a los usuarios de los pagos por sus servicios en el caso de ciertas poblaciones vulnerables, como [ejemplos específicos del país, por ejemplo, inmigrantes]?  (Adaptación de la pregunta para el país correspondiente: adapte los ejemplos según el contexto del propio país). | 1. Sí 2. No |
| 3.4 | (Pregunta opcional específica para el país)  En los últimos 3 meses, ¿ha incrementado el centro el coste de algunos de los servicios? | 1. Sí 2. No |
| 3.5 | En los últimos 3 meses, ¿ha recibido el centro fondos adicionales para garantizar el mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante la pandemia? | 1. Sí, para los servicios de gestión de los casos de COVID-19 2. Sí, para otros servicios de salud esenciales 3. Sí, para los servicios de gestión de los casos de COVID-19 y para los servicios de salud esenciales 4. No – Pase a la pregunta 3.7 5. No lo sé – Pase a la pregunta 3.7 |
| 3.6 | ¿Cuál es la fuente de financiación adicional?  ***Seleccione todas las respuestas que corresponda.*** | 1. Gobierno 2. Comunidad local 3. Organización internacional 4. Privada 5. No lo sé |
| 3.7 | ¿Ha recibido todo el personal, incluidos la plantilla y los contratistas, su salario a tiempo de acuerdo con el calendario de pagos regular en los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No |
| 3.8 | ¿Ha trabajado horas extras algún miembro del personal en los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 3.10 |
| 3.9 | ¿Ha recibido todo el personal que ha trabajado horas extras en los últimos 3 la remuneración por las horas extras? | 1. Sí 2. No 3. No procede, las horas extras del personal no están remuneradas |
| 3.10 | (Pregunta opcional específica para el paísa)  ¿Recibe algún pago en el contexto del proyecto de bonos económicos basados en los resultados (PBF, por sus siglas en inglés)? | 1. Sí 2. No – Pase al apartado siguiente |
| 3.11 | (Pregunta opcional específica para el paísb)  ¿Cuándo fue la última vez que recibió tal pago? | MM/AAAA |

a-b Omita la pregunta, a menos que los programas de PBF se apliquen ampliamente en el país o la muestra de centros de PBF sea excesiva para la evaluación.

# Apartado 4: Prestación y utilización de servicios

Las preguntas de este apartado se refieren a la prestación de servicios en los últimos 3 meses.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | | | | | | | | | | **Opciones de respuesta** | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondiente)  ¿Conoce algún caso de COVID-19 en su provincia / comunidad autónoma (unidad administrativa específica del país) que se haya identificado recientemente durante el mes pasado? | | | | | | | | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | ¿Se ha cerrado temporalmente el centro debido a un brote de COVID-19 en los últimos 3 meses? | | | | | | | | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 | ¿Se han cambiado las horas de servicio del centro debido a un brote de COVID-19 en los últimos 3 meses? | | | | | | | | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 | (Pregunta opcional específica para el país)  ¿Tenía el centro una lista definida de servicios de salud esenciales antes de la pandemia de COVID-19? | | | | | | | | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 | (Pregunta opcional para el país correspondientea)  ¿Ha recibido el centro una lista definida de servicios de salud esenciales que deben prestarse durante la pandemia de COVID-19? | | | | | | | | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 | Para los servicios que no están relacionados con la COVID-19, ¿ha realizado el centro alguna de las siguientes acciones en los últimos 3 meses? | | | | | | | | | | 1. Sí | | | | | | | 1. No | | | | | |
| 4.6.1 | Reducción del alcance de los servicios específicos | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.2 | Reducción del volumen de servicios específicos | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.3 | Suspensión de la prestación de servicios específicos | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.4 | Derivación de pacientes a centros de salud alternativos | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.5 | Priorización de la asistencia a pacientes de alto riesgo | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.6 | Provisión de todos los cuidados para varias enfermedades concomitantes en una sola visita | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.7 | Intervenciones de autoasistencia con apoyo cuando sea apropiado | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.8 | Provisión de cuidados a domicilio para ciertos pacientes | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.9 | Sustitución de visitas en la clínica por plataformas digitales como teleconsultas | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.10 | Provisión de recetas electrónicas o a distancia | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.11 | Extensión de recetas de medicamentos para uso prolongado, como medicamentos para el tratamiento de enfermedades no transmisibles | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.6.12 | Uso de métodos novedosos de dispensación de medicamentos | | | | | | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | |
| 4.7 | ¿Hay algún centro designado para la derivación de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19? | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.8 | ¿Dispone ese centro de acceso a transporte seguro y aislado para trasladar a los pacientes tras la derivación? | | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.9.a | ¿Ha experimentado el centro **cambios en la asistencia ambulatoria** (excluidas las visitas al servicio de urgencias, si lo hubiera) en los últimos 3 meses en comparación con los mismos 3 meses del año pasado? | | | 1. Sí, la asistencia ha aumentado en todos los servicios 2. Sí, la asistencia ha disminuido en todos los servicios 3. Sí, la asistencia ha aumentado en algunos servicios, pero ha disminuido en otros 4. Sin cambios en ninguno de los servicios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.9.i | Si se completa el anexo 3 para un conjunto completo de servicios individuales, pase a la pregunta 4.10i  (Decisión para la evaluación específica para el país) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.9 | Especifique los cambios en cada uno de los siguientes servicios. | | 1.  Sí, aumentado | | | | 2.  Sí, disminuido | | | | | | | 3.  No | | | | | 4.  No procede, el centro no ofrece este servicio | | | | |
| 4.9.1 | Servicios para síntomas generales (por ejemplo, fiebre, dolor, fatiga y tos) | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.2 | Planificación familiar y anticoncepción | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.3 | Cuidados prenatales | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.4 | Cuidados posnatales | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.5 | Servicios de vacunación | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.6 | Cuidados para niños enfermos | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.7 | Prevención, diagnóstico y tratamiento contra el virus de la inmunodeficiencia humana | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.8 | Detección y tratamiento de casos de tuberculosis | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.9 | Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.10 | Diagnóstico y tratamiento del paludismo | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.11 | Diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.12 | Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.13 | Detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.14 | Detección, diagnóstico y tratamiento de neoplasias | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.15 | Diagnóstico y tratamiento de trastornos de salud mental (incluidas las toxicomanías) | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.16 | Violencia sexual y de pareja: prevención y respuesta | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.17 | Diagnóstico y tratamiento de enfermedades tropicales desatendidas | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.9.18 | Rehabilitación | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| 4.10i | Compruebe las respuestas a las preguntas 4.9a. Si la respuesta es «Sí, la asistencia ha disminuido en todos los servicios» o «Sin cambios en ninguno de los servicios», pase a la pregunta 4.11i. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.10 | Para los servicios en los que aumentó la asistencia ambulatoria, ¿cuáles son las razones más probables del aumento?  Puede haber distintas razones para distintos servicios. Proporciones todas las razones, independientemente del servicio afectado.  ¿Hay alguna otra razón?  ***No lea las opciones de respuesta en voz alta. Seleccione todas las respuestas que corresponda.*** | | 1. Presentación de más pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda 2. Derivación de más pacientes desde otros centros 3. Atrasos por interrupciones en los servicios antes de los últimos 3 meses 4. Comunicación al público de la reactivación de los servicios previamente suspendidos o reducidos 5. Campaña de comunicación de salud general para incentivar la búsqueda de atención sanitaria 6. Más casos de violencia machista 7. Otros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.11i | Compruebe las respuestas a las preguntas 4.9 a. Si la respuesta es «Sí, la asistencia ha aumentado en todos los servicios» o «Sin cambios en ninguno de los servicios», pase a la pregunta 4.12i. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.11 | Para los servicios en los que disminuyó la asistencia ambulatoria, ¿cuáles son las razones más probables de la disminución?  Puede haber distintas razones para distintos servicios. Proporciones todas las razones, independientemente del servicio afectado.  ¿Hay alguna otra razón?  ***No lea las opciones de respuesta en voz alta. Seleccione todas las respuestas que corresponda.*** | | **Razones relacionadas con la comunidad**   1. Cambios en las recomendaciones al público en materia de enfermedades leves y cuidados electivos 2. Desconfianza, incertidumbre y miedo a contraer la COVID‑19 durante las visitas al centro 3. Orden de confinamiento o confinamiento domiciliario 4. Interrupción del transporte público 5. Otras razones relacionadas con la comunidad   **Razones relacionadas con el centro**   1. Reducción del alcance de los servicios específicos 2. Prestación de servicios específicos totalmente suspendida 3. Reducción o modificación de los horarios de apertura 4. Cierre del centro 5. Disponibilidad limitada de medicamentos o consumibles 6. Disponibilidad limitada de personal médico 7. Otras razones relacionadas con el centro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.12i | Compruebe la respuesta a la pregunta 1.14.1. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 4.13i. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.12 | ¿Ha experimentado el centro **cambios en el número de visitas al servicio de urgencias por temas no relacionados con la COVID-19** en los últimos 3 meses en comparación con los mismos 3 meses del año pasado? | | 1.  Sí, aumentado | | | | | | 2.  Sí, disminuido | | | | | | 3.  No | | | | | 4.  No procede, el centro no ofrece este servicio | | | |
| 4.12.1 | En general | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | | |  | | | |
| 4.12.2 | Lesiones | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | |
| 4.12.3 | Cirugía de urgencia, incluidas las cesáreas de urgencia | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | |
| 4.12.4 | Afecciones agudas relacionadas con enfermedades no transmisibles (por ejemplo, infarto de miocardio, arritmia, accidente cerebrovascular, cetoacidosis diabética, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer) | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | |
| 4.12.5 | Servicios de transfusión de sangre urgentes | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | ☐ | | | |
| 4.13i | Compruebe la respuesta a la pregunta 1.11. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 4.15. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.13 | En referencia al promedio de cada noche del mes natural anterior, ¿cuántos pacientes pernoctaron en el centro? | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.14 | ¿Ha experimentado el centro **cambios en el número de ingresos de pacientes** en los últimos 3 meses en comparación con los mismos 3 meses del año pasado? | | 1. Sí, aumentado 2. Sí, disminuido 3. No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.15 | ¿Ha experimentado el centro **cambios en el número de servicios de atención prehospitalaria de urgencia** (por ejemplo, transporte en ambulancia) en los últimos 3 meses en comparación con los mismos 3 meses del año pasado? | | 1. Sí, aumentado 2. Sí, disminuido 3. No 4. No procede, no se ofrecen servicios de atención prehospitalaria de urgencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.16 | ¿Suele ofrecer el centro servicios de proyección comunitaria o visitas domiciliarias? | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 4.18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.17 | Para cada uno de los siguientes servicios de proyección, ¿ha **cambiado el centro la frecuencia de los servicios** en los últimos 3 meses, en comparación con los mismos 3 meses del año pasado? | | Sí, los servicios de proyección son menos frecuentes | | | Sí, los servicios se han suspendido | | | | | | | No ha cambiado la frecuencia | | | | Sí, ha aumentado | | | | | | No procede, el centro no ofrece servicios de proyección |
| 4.17.1 | Servicios de vacunación | | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ |
| 4.17.2 | Campañas de prevención del paludismo, incluida la distribución de mosquiteras tratadas con insecticida | | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ |
| 4.17.3 | Actividades de divulgación sobre enfermedades tropicales desatendidas, incluida la administración masiva de medicamentos | | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ |
| 4.17.4 | Clínicas móviles comunitarias | | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ |
| 4.17.5 | Visitas a domicilio | | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ |
| 4.18 | ¿Ha desarrollado el centro planes de prestación de servicios para los pacientes que no pudieron acudir a visitas rutinarias no relacionadas con la COVID-19 en los últimos 3 meses? | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 4.21i | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.19 | ¿Ha registrado el centro a los pacientes que no acudieron a alguna visita? | | 1. Sí 2. No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.20 | ¿Ha elaborado el centro planes para ponerse al día específicamente para los siguientes grupos de pacientes que faltaron a visitas programadas? | | Sí, elaborados y aplicados | | | | | | Sí, elaborados, pero no aplicados todavía | | | | | | No | | | | | | 4.  No procede, no se ofrecen servicios a este grupo de pacientes | | |
| 4.20.1 | Mujeres embarazadas | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | |
| 4.20.2 | Niños para vacunación rutinaria | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | |
| 4.20.3 | Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | |
| 4.20.4 | (Pregunta opcional específica para el país)  Pacientes con tuberculosis | | ☐ | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | |
| 4.20.5 | (Pregunta opcional específica para el país)  Pacientes con VIH | | ☐ | | | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | | | ☐ | | |
| 4.21i | Compruebe la respuesta a la pregunta 4.9.a. Si la respuesta es «1. Sí, la asistencia ha aumentado en todos los servicios» o «4. Sin cambios en ninguno de los servicios», pase al apartado siguiente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.21 | (Pregunta opcional específica para el paísb)  Anteriormente, mencionó que el volumen de pacientes ambulatorios había disminuido en algunos servicios.  En una escala del 1 (nada) al 5 (muchísimo), ¿cuánto han contribuido los siguientes problemas a dicha disminución? | 1.  Nada | | | 2.  Ligeramente | | | | | | | 3.  Moderadamente | | | | 4.  Mucho | | | | | | 5.  Muchísimo | |
| 4.21.1 | Recursos humanos | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ | |
| 4.21.2 | Financiación | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ | |
| 4.21.3 | Prevención y control de infecciones | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ | |
| 4.21.4 | Suministros médicos | ☐ | | | ☐ | | | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | ☐ | |

Responda también las preguntas del anexo 3.

a Proporcione el nombre o el número de versión específicos de la lista o documento específicos del país.

b Omita la pregunta y las subpreguntas, a menos que sean relevantes para el contexto del país.

# Apartado 5: Prevención y control de la COVID-19 y equipo de protección personal

Las preguntas de este apartado se refieren a la prevención y el control de infecciones (PCI) durante la pandemia de COVID-19.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | | | **Opciones de respuesta** | | | |
| 5.1 | ¿Hay alguna persona designada como enlace para la PCI en el centro? | | | 1. Sí 2. No | | | |
| 5.2 | ¿Ha aplicado el centro alguna medida para crear un entorno seguro contra la COVID-19? | | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 5.4 | | | |
| 5.3 | ¿Cuáles de las siguientes medidas se han aplicado en este centro? | | | 1. Sí | | 1. No | |
| 5.3.1 | Pruebas de detección a todos los pacientes y visitantes en un punto de entrada específico | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.2 | Entrada específica para el personal que realiza las pruebas | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.3 | La consulta del paciente del que se sospecha que padece COVID-19 se lleva a cabo en una sala separada | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.4 | Sistema de triaje para aislar a los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.5 | Zonas de aislamiento de pacientes de COVID-19 claramente identificadas y separadas de las zonas en las que no hay COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.6 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  Pruebas de detección y triaje de pacientes en los que se sospecha de COVID-19 mediante el uso de directrices actualizadas | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.7 | Distancia de al menos 1 metro entre pacientes y visitantes en pabellones y salas de espera | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.8 | Colocación de instrucciones sobre prácticas de higiene respiratoria y limpieza de manos para pacientes y visitantes en lugares visibles | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.9 | Unidades de higiene de manos en todos los puntos de atención | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.10 | Uso de EPP por parte del personal | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.11 | Limpieza y desinfección ambiental | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.4 | ¿Dispone el centro de directrices sobre PCI para la COVID-19? | | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 5.6 | | | |
| 5.5 | ¿Cuáles de las siguientes directrices sobre PCI existen? | | | 1. Sí | | 1. No | |
| 5.5.1 | Detección de signos y síntomas de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.5.2 | Manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.5.3 | EPP | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.5.4 | Vigilancia de la COVID-19 entre el personal sanitario | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.5.5 | Manejo de cadáveres | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.5.6 | Gestión de residuos | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.6 | ¿Suele proporcionar el centro EPP a los profesionales sanitarios? | | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 5.8 | | | |
| 5.7 | ¿Están **disponibles actualmente** los siguientes elementos para cada miembro del personal que deba usarlos de conformidad con las directrices pertinentes? | Disponible actualmente para todos los profesionales sanitarios | Disponible actualmente solo para algunos profesionales sanitarios | | No disponible actualmente para ningún profesional sanitario | | No procede, nunca se han adquirido ni suministrado |
| 5.7.1 | Bata protectora | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.7.2 | Guantes de examen | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.7.3 | Gafas protectoras | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.7.4 | Careta protectora | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.7.5 | Mascarillas (N95 o FFP2) | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.7.6 | Mascarilla médica/quirúrgica | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.8 | ¿Desecha el centro el EPP usado de manera segura de conformidad con las directrices sobre PCI? | | | 1. Sí 2. No 3. No lo sé | | | |
| N95: no resistente al aceite, filtración del 95 %; FFP2: mascarilla filtrante con un porcentaje de filtración mínimo del 94 % y una fuga máxima al interior del 8 %.  a Proporcione el nombre o el número de versión específicos de las directrices. | | | | | | | |

# Apartado 6: Manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en centros de atención primaria

Las preguntas de este apartado se refieren al manejo de pacientes con sospecha de COVID-19 o COVID-19 confirmada. Este apartado es solo para centros de atención primaria.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** | | |
| 6.1i | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  Compruebe las respuestas a la pregunta 1.5. Si la respuesta es [código para centros/clínicas de atención primaria del país], continúe con este apartado. Si no, pase al apartado siguiente. | | | |
| 6.1 | ¿Dispone el centro de un núcleo o equipo responsable de la coordinación del servicio COVID-19? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 6.3 | | |
| 6.2 | ¿Tiene procedimientos normalizados de trabajo? | 1. Sí 2. No | | |
| 6.3 | ¿Extrae el centro muestras de pacientes para diagnosticar la COVID-19? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 6.6 | | |
| 6.4 | ¿Realiza el centro pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (RCP) o pruebas diagnósticas rápidas (PDR) para diagnosticar la COVID‑19 en el centro? | 1. Sí, RCP – Pase a la pregunta 6.6 2. Sí, PDR – Pase a la pregunta 6.6 3. Sí, RCP y PDR – Pase a la pregunta 6.6 4. No | | |
| 6.5 | ¿Hay algún sistema de transporte de muestras en funcionamiento para enviar las muestras desde el centro a un laboratorio de referencia? | 1. Sí 2. No | | |
| 6.6 | ¿Ha atendido el centro a pacientes con sospecha de COVID-19 en los últimos 3 meses? | * + - 1. Sí       2. No – Pase a la pregunta 6.8 | | |
| 6.7 | ¿Cuál de los siguientes se llevó a cabo para manejar los casos sospechosos de COVID-19? | 1.  Siempre | 2.  A veces | 3.  Nunca |
| 6.7.1 | Consulta del paciente en una sala separada | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.2 | Exploración para la detección de síntomas de COVID-19 | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.3 | Medición de la saturación de O2 con un pulsioxímetro | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.4 | Derivación del paciente a un centro especializado | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.5 | Realización de una prueba de diagnóstico o envío de la muestra a un laboratorio externo para su análisis | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.6 | Instrucción al paciente con síntomas leves de aislarse en su domicilio | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.7.7 | Provisión de teleconsultas para responder las preguntas de los pacientes antes de la visita al centro | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8i | Compruebe la respuesta a la pregunta 6.7.6. Si la respuesta es «No», pase a la pregunta 6.9. | | | |
| 6.8 | ¿Cuál de los siguientes se llevó a cabo para controlar a los pacientes con COVID-19 con síntomas leves o asintomáticos durante el confinamiento domiciliario? | 1.  Siempre | 2.  A veces | 3.  Nunca |
| 6.8.1 | Consultas a distancia (por teléfono, videollamada o mensaje de texto) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8.2 | Visitas al domicilio del paciente | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8.3 | Programación de visitas de seguimiento en el centro (por ejemplo, pidiendo al paciente que utilice una entrada específica a una hora determinada) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8.4 | Provisión de instrucciones de seguridad para los demás habitantes del domicilio | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8.5 | (Pregunta opcional específica para el paísb)  Comprobación del cumplimiento del aislamiento | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.8.6 | (Pregunta opcional específica para el paísc)  Notificación a la autoridad sanitaria pertinente de los pacientes en autoaislamiento y atención domiciliaria | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6,9 | (Adaptación de la pregunta para el paísd)  ¿Dispone el centro de directrices actualizadas para manejar los casos de COVID-19 asintomática o leve, incluidos los que le llegan por derivación? | 1. Sí 2. No | | |
| 6.10 | ¿Ha recibido alguna otra información o directriz sobre cómo manejar los casos de COVID-19 asintomática o leve? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 6.12 | | |
| 6.11 | ¿De quién recibió la información?  ***No lea las opciones de respuesta en voz alta. Seleccione todas las respuestas que corresponda.*** | 1. Ministerio de Sanidad 2. Autoridad gubernamental local 3. OMS 4. Asociaciones profesionales, incluidos medios profesionales o revistas académicas 5. Otros | | |
| 6.12 | (Pregunta opcional específica para el paíse)  ¿Se le ha encargado a su centro la tarea de rastrear contactos cuando se identifican casos positivos en el centro? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 6.14 | | |
| 6.13 | (Pregunta opcional específica para el paísf)  ¿Ha recibido algún miembro del personal del centro capacitación en rastreo de contactos? | 1. Sí 2. No | | |
| 6.14 | (Pregunta opcional específica para el paísg)  ¿Ha recibido el centro nuevas instrucciones sobre la vacunación contra la gripe para la temporada de gripe 2020-2021? | 1. Sí 2. No – Pase al apartado siguiente | | |
| 6.15 | (Pregunta opcional específica para el paísh)  ¿Ha recibido el centro recursos adicionales para garantizar la gestión y vacunación contra la gripe para la temporada de gripe 2020-2021? | 1. Sí 2. No | | |

a Determine el tipo de instalaciones para los centros de atención primaria que cumplen los requisitos para este módulo.

b-c, e-f Omita la pregunta, a menos que el elemento descrito esté incluido en las responsabilidades de los centros que proporcionan servicios de salud esenciales.

d Proporcione el nombre o el número de versión específicos de las directrices.

g-h Omita la pregunta, a menos que existan políticas de administración de vacunación contra la gripe a nivel nacional o que la vacuna se administre ampliamente en el país.

# Apartado 7: Disponibilidad de tratamientos indicadores seleccionados (opcional)

Las preguntas de este apartado se refieren a la disponibilidad de determinados medicamentos y suministros médicos. Este apartado es opcional, en función de las prioridades y el contexto específicos del país. La lista de medicamentos indicadores debe basarse en las prioridades y el contexto específicos del país, y puede ser diferente de los siguientes. El número debe ser de 20 como máximo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | |
| 7.1 | ¿Cuáles de los siguientes medicamentos están **disponibles actualmente**?  (Adaptación de la pregunta para el país: la lista de medicamentos indicadores puede adaptarse según el contexto del país) | 1. Actualmente disponible | 2. Actualmente no disponible |
| 7.1.1 | Salbutamol | ☐ | ☐ |
| 7.1.2 | Metformina | ☐ | ☐ |
| 7.1.3 | Hidroclorotiazida | ☐ | ☐ |
| 7.1.4 | Paracetamol | ☐ | ☐ |
| 7.1.5 | Carbamazepina | ☐ | ☐ |
| 7.1.6 | Amoxicilina | ☐ | ☐ |
| 7.1.7 | Etinilestradiol + levonorgestrel (o un anticonceptivo oral combinado alternativo) | ☐ | ☐ |
| 7.1.8 | Oxitocina | ☐ | ☐ |
| 7.1.9 | Sulfato de magnesio | ☐ | ☐ |
| 7.1.10 | Heparina | ☐ | ☐ |
| 7.1.11 | Hidrocortisona o dexametasona | ☐ | ☐ |
| 7.1.12 | Epinefrina | ☐ | ☐ |
| 7.1.13 | Artemetero + lumefantrina (u otro medicamento combinado con artemetero) | ☐ | ☐ |
| 7.1.14 | Efavirenz + emtricitabina + fumarato de disoproxilo de tenofovir | ☐ | ☐ |
| 7.1.15 | Isoniazida + pirazinamida + rifampicina | ☐ | ☐ |
| 7.1.16 | Líquidos intravenosos (i.v.) (solución salina isotónica o lactato de Ringer) | ☐ | ☐ |
| 7.1.17 | Oxígeno | ☐ | ☐ |
| 7.2 | ¿Cuáles de los siguientes suministros están **disponibles actualmente**? | 1. Actualmente disponible | 1. Actualmente no disponible |
| 7.2.1 | Jeringas y agujas | ☐ | ☐ |
| 7.2.2 | Cánulas intravenosas y juegos de administración | ☐ | ☐ |
| 7.2.3 | Gasa | ☐ | ☐ |
| 7.3i | Compruebe las respuestas a la pregunta 4.9.5. Si la respuesta es 4 («No disponible»), pase a la pregunta 7.4. | | |
| 7.3 | ¿Cuáles de las siguientes vacunas están **disponibles actualmente**? | 1. Actualmente disponible | 1. Actualmente no disponible |
| 7.3.1 | Vacuna contra el sarampión y diluyente | ☐ | ☐ |
| 7.3.2 | DTT + HIB + HepB (pentavalente) | ☐ | ☐ |
| 7.3.3 | Vacuna antipoliomielítica oral o vacuna antipoliomielítica inactivada | ☐ | ☐ |
| 7.3.4 | Vacuna BCG y diluyente | ☐ | ☐ |
| 7.3.5 | (Pregunta opcional específica para el paísa)  Vacuna antineumocócica | ☐ | ☐ |
| 7.3.6 | (Pregunta opcional específica para el paísb)  Vacuna contra la gripe estacional |  |  |
| 7.4 | En el último mes, ¿se ha visto afectada la capacidad del centro para proporcionar ciertos servicios debido a una falta de suministros? | 1. Sí 2. No | |
| DTT: difteria, tétanos, tosferina; HIB: *Haemophilus influenzae* de tipo b; HepB: Vacuna contra la hepatitis B; BCG: bacilo de Calmette y Guérin.  a Omita la pregunta, a menos que la vacuna antineumocócica esté incluida en el programa nacional de vacunación rutinario.  b Omita la pregunta, a menos que la vacuna contra la gripe estacional esté incluida en el programa nacional de vacunación rutinario. | | | |

# Apartado 8: Disponibilidad de medios de diagnóstico

Las preguntas de este apartado se refieren a la disponibilidad de servicios y suministros de laboratorio y diagnóstico por la imagen. Este apartado es opcional, en función de las prioridades y el contexto específicos del país.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | | **Opciones de respuesta** | | | | |
| 8.1 | ¿Realiza este centro alguna prueba de diagnóstico a partir de las muestras con equipo de laboratorio o PDR? | | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 8.3i | | | | |
| 8.2 | ¿Dispone el centro de las siguientes pruebas en algún lugar de las instalaciones? | | 1.  Disponible y funcional | 2.  Disponible, pero no funcional | | 3.  No disponible | |
| 8.2.1 | Paludismo | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 8.2.2 | Glucosa en sangre | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 8.2.3 | Tira reactiva para glucosa en orina | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 8.2.4 | Tira reactiva para proteínas en orina | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 8.2.5 | Prueba de embarazo en orina | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 8.3i | | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  Compruebe las respuestas a la pregunta 1.5. Si la respuesta es [código específico del país para centros de nivel inferior], continúe. De lo contrario, pase al apartado siguiente | | | | | | |
| 8.3 | | ¿Dispone el centro de las siguientes pruebas en algún lugar de las instalaciones? | 1.  Disponible y funcional | | 2.  Disponible, pero no funcional | | 3.  No disponible | |
| 8.3.1 | | Virus de inmunodeficiencia humana | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.3.2 | | Tuberculosis | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.3.3 | | Hemoglobina | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.3.4 | | Determinación del grupo sanguíneo y pruebas de compatibilidad cruzada | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.3.5 | | Creatinina en sangre | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.4i | | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  Compruebe las respuestas a la pregunta 1.5. Si la respuesta es [código específico del país para centros de nivel superior], continúe. De lo contrario, pase al apartado siguiente | | | | | | |
| 8.4 | | ¿Realiza este centro pruebas de diagnóstico por la imagen? | 1. Sí 2. No – Pase al apartado siguiente | | | | | |
| 8.5 | | ¿Dispone el centro de las siguientes pruebas de diagnóstico por la imagen en algún lugar de las instalaciones? | 1.  Disponible y funcional | | 2.  Disponible, pero no funcional | | 3.  No disponible | |
| 8.5.1 | | Rayos X | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.5.2 | | Tomografía computarizada | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.5.3 | | Resonancia magnética | ☐ | | ☐ | | ☐ | |
| 8.5.4 | | Ecografía | ☐ | | ☐ | | ☐ | |

a Determine el tipo de instalaciones para los centros de atención primaria que cumplen los requisitos para este módulo.

# Apartado 9: Disposición operativa para la administración de vacunas en general

Las preguntas de este apartado se refieren a la capacidad para proporcionar servicios generales de vacunación. Este apartado es opcional, en función de las prioridades y el contexto específicos del país.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** |
| 9.1 | ¿Ofrece el centro algún servicio de vacunación para niños? | 1. Sí 2. No |
| 9.2 | ¿Ofrece el centro algún servicio de vacunación para adolescentes o adultos? | 1. Sí 2. No |
| 9.3i | Compruebe las respuestas a las preguntas 9.1 y 9.2. Si la respuesta a ambas es «No», pase al apartado siguiente. | |
| 9.3 | ¿Dispone actualmente el centro de algún frigorífico para vacunas? En caso afirmativo, ¿es funcional?  ***Si hay varios frigoríficos para vacunas, seleccione «Sí, funcional» si al menos uno es funcional.*** | 1. Sí, funcional 2. Sí, pero no funcional 3. No – Pase a la pregunta 9.5 |
| 9.4 | ¿Dispone actualmente el centro de un registrador de temperatura continuo? En caso afirmativo, ¿es funcional?  ***Si hay varios registradores de temperatura, seleccione «Sí, funcional» si al menos uno es funcional.*** | 1. Sí, funcional 2. Sí, pero no funcional 3. No |
| 9.5 | ¿Dispone actualmente el centro de alguna nevera portátil? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 9.8 |
| 9.6 | ¿De cuántas neveras portátiles dispone el centro? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ neveras portátiles (entrada numérica) |
| 9.7 | ¿Dispone el centro de un juego completo de bolsas de gel frío para cada una de las neveras portátiles? | 1. Sí, un juego de bolsas de gel frío para todas las neveras portátiles 2. Sí, un juego de bolsas de gel frío solo para algunas de las neveras portátiles 3. No |
| 9.8 | ¿Dispone actualmente el centro de algún portavacunas? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 9.11i |
| 9.9 | ¿De cuántos portavacunas dispone el centro? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portavacunas (entrada numérica) |
| 9.10 | ¿Dispone el centro de un juego completo de bolsas de gel frío para cada uno de los portavacunas? | 1. Sí, un juego de bolsas de gel frío para todos los portavacunas 2. Sí, un juego de bolsas de gel frío solo para algunos de los portavacunas 3. No |
| 9.11i | Compruebe las respuestas a las preguntas 9.5 y 9.8. Si la respuesta a ambas es «No», pase a la pregunta 9.12.  Compruebe las respuestas a las preguntas 9.7 y 9.10. Si la respuesta a ambas es «No», pase a la pregunta 9.12. | |
| 9.11 | ¿Cuántas bolsas de gel frío para neveras portátiles o portavacunas puede congelar el centro en un solo día? | 1. Todas las bolsas de gel frío del centro 2. Solo algunas de las bolsas de gel frío del centro 3. Ninguna, no hay ningún congelador funcional |
| 9,12 | ¿Dispone el centro de recipientes para objetos punzocortantes (cajas de seguridad)? | 1. Sí 2. No |
| 9.13 | ¿Dispone el centro de un equipo de tratamiento para los efectos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización («kit ESAVI»)? | 1. Sí 2. No |
| 9,14 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  ¿Dispone el centro de algún sistema para notificar los acontecimientos adversos relacionados con la vacuna al centro nacional de farmacovigilancia? | 1. Sí 2. No |

a Reemplace «centro nacional de farmacovigilancia» por el nombre específico del centro en el país. Si no hay ningún centro nacional de farmacovigilancia designado en el país, omita esta pregunta.

# Apartado 10: Disposición operativa para la administración de vacunas contra la COVID-19 (opcional)

Este apartado contiene preguntas sobre la capacidad para proporcionar servicios de vacunación contra la COVID-19.

***Nota para la adaptación al país: Este apartado se incluirá en los lugares donde se distribuyan vacunas contra la COVID-19. Si se incluye este apartado, no use el apartado 9. Disposición operativa para la administración de vacunas en general.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** | | | |
| 10.1 | ¿Dispone actualmente el centro de algún frigorífico para vacunas? En caso afirmativo, ¿es funcional?  **Si hay más de un frigorífico para vacunas, seleccione «Sí, funcional» si al menos uno es funcional.** | 1. Sí, funcional 2. Sí, pero no funcional 3. No – Pase a la pregunta 10.3 | | | |
| 10.2 | ¿Dispone actualmente el centro de un registrador de temperatura continuo? En caso afirmativo, ¿es funcional?  **Si hay más de uno, seleccione «Sí, funcional» si al menos uno es funcional.** | 1. Sí, funcional 2. Sí, pero no funcional 3. No | | | |
| 10.3 | ¿Ofrece este centro la vacuna contra la COVID-19? | 1. Sí 2. No – Pase al apartado siguiente | | | |
| 10.4 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientea)  Para cada una de las vacunas siguientes, indique si se proporciona y si está **disponible actualmente**: | 1. Sí, se proporciona y está disponible actualmente | 1. Sí, se proporciona, pero no está disponible actualmente | | 1. No se proporciona |
| 10.4.1 | Vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 10.4.2 | Vacuna contra la COVID-19 de Moderna | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 10.4.3 | Vacuna contra la COVID-19 de AstraZeneca/Oxford | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 10.4.4 | Vacuna contra la COVID-19 de Janssen/Johnson & Johnson | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 10.5 | ¿Ha recibido el personal capacitación sobre los siguientes temas relacionados con la vacuna contra la COVID-19 que se administra en el centro? | 1. Sí | | 1. No | |
| 10.5.1 | Almacenamiento de la vacuna | ☐ | | ☐ | |
| 10.5.2 | Administración de la vacuna | ☐ | | ☐ | |
| 10.5.3 | Tratamiento de los acontecimientos adversos, incluido el choque anafiláctico | ☐ | | ☐ | |
| 10.5.4 | Notificación de acontecimientos adversos | ☐ | | ☐ | |
| 10.6 | ¿Dispone el centro de jeringas suficientes para la vacuna contra la COVID-19 que se administra en el centro? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.7 | ¿Dispone el centro de recipientes para objetos punzocortantes (cajas de seguridad)? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10,8 | ¿Se mantiene actualmente el almacenamiento en frío de la vacuna contra la COVID-19 en el intervalo de temperatura recomendado? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.9 | Durante la semana pasada, ¿se mantuvo siempre el almacenamiento en frío de la vacuna contra la COVID-19 en el intervalo de temperatura recomendado? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.10i | (Pregunta específica para el paísb)  Compruebe las respuestas a las preguntas 10.4.1 a 10.4.3. Si la respuesta es «No» en las tres preguntas, pase a la pregunta 10.11. | | | | |
| 10.10 | (Pregunta específica para el paísb)  ¿Se informa a las personas vacunadas de cuándo deben regresar para la próxima vacunación? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.11 | ¿Se informa a las personas vacunadas sobre los efectos secundarios? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.12 | ¿Se informa a las personas vacunadas de lo que deben hacer en caso de acontecimientos adversos después de la vacunación? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.13 | ¿Dispone el centro de un equipo de tratamiento para los acontecimientos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización («kit ESAVI»)? | 1. Sí 2. No | | | |
| 10.14 | (Adaptación de la pregunta para el país correspondientec)  ¿Dispone el centro de algún sistema para notificar los acontecimientos adversos relacionados con la vacuna al centro nacional de farmacovigilancia? | 1. Sí 2. No | | | |

a Para las subpreguntas, indique las vacunas contra la COVID-19 que hayan sido aprobadas y distribuidas en el país.

b Omita esta pregunta si solo se dispone de vacunas de dosis única. Es pertinente cuando el país dispone de vacunas que requieren dos dosis.

c Sustituya «centro nacional de farmacovigilancia» por el nombre específico del centro en el país. Si no hay ningún centro nacional de farmacovigilancia designado en el país, omita esta pregunta.

# Apartado 11: Infraestructura del centro (opcional)

Las preguntas de este apartado se refieren a la infraestructura del centro. Este apartado es opcional, en función de las prioridades y el contexto específicos del país.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** |
| 11.1 | Primera llamada: ¿Ha experimentado el centro algún cierre no previsto en los últimos 3 meses? | 1. Sí, durante 1 semana o más 2. Sí, durante más de 1 semana, pero menos de 4 3. Sí, durante 4 semanas o más 4. No |
| 11.1.1 | Llamada de seguimiento: ¿Ha experimentado el centro algún cierre no previsto en las últimas 2 semanas? | 1. Sí 2. No |
| 11.2 | Primera llamada: ¿Cuál es la principal fuente de electricidad del centro? | 1. La red eléctrica 2. Generador 3. Solar 4. Sin fuente de electricidad 5. Otro (por favor, especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11.3 | ¿Ha habido cortes en el suministro eléctrico en los últimos 7 días? | 1. Sí 2. No – Pase a la pregunta 11.5 |
| 11.4 | ¿Cuál es el número total de horas en que el centro ha estado sin energía eléctrica en los últimos 7 días? | (Máximo 168 horas) |
| 11.5 | Primera llamada: ¿Cuál es la principal fuente de agua del centro? | 1. Canalizada hasta el centro 2. Canalizada hasta un patio o parcela 3. Fuente/hidrante público 4. Pozo protegido 5. Pozo no protegido 6. Manantial protegido 7. Manantial no protegido 8. Agua de lluvia 9. Camión cisterna / distribuidor 10. Agua superficial (lago, río o arroyo) 11. Agua embotellada 12. Otro (especifique): |
| 11.6 | En los últimos 7 días, ¿ha habido algún momento en el que el centro no dispusiera de agua? | 1. Sí  2. No – Pase a la pregunta 11.8 |
| 11.7 | ¿Durante cuántas horas en total no ha habido agua disponible en el centro en los últimos 7 días? | (Máximo 168 horas) |
| 11.8 | En los últimos 7 días, ¿ha habido algún momento en el que el centro no dispusiera de servicio telefónico, ya sea fijo o móvil? | 1. Sí  2. No – Pase a la pregunta 11.10 |
| 11.9 | ¿Durante cuántas horas en total no ha habido servicio telefónico en el centro en los últimos 7 días? | (Máximo 168 horas) |
| 11.10 | Primera llamada: ¿Hay algún incinerador funcional para la eliminación de residuos médicos? | 1. Sí  2. No |

# Apartado 12: Resultado de la entrevista

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 12.1 | Gracias por responder a la entrevista. Nos gustaría volver a hablar con usted en el futuro.  ¿Tiene algún número que prefiera que utilicemos para ponernos en contacto con usted en caso de que tengamos que hacerlo en el futuro? | 1. Sí 2. No, el número actual es el que prefiero. Pase a la pregunta 12.4. |
| 12.2 | ¿Cuál es el número alternativo? |  |
| 12.3 | ¿Le importaría repetir el número, por favor? |  |
| 12.4 | Registre el resultado de la entrevista. | 1. Completada 2. Pospuesta 3. Completada parcialmente y pospuesta 4. Completada parcialmente 5. Rechazada 6. Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |