

## MATERIAL SUPLEMENTARIO

Atributos de la atención primaria según dominio para cada atributo

Atributos	Dominios
<b>Fundamentales</b>	
Primer contacto	Utilización Accesibilidad
Longitudinalidad	Continuidad
Coordinación	Coordinación Sistemas de información
Integralidad	Servicios disponibles Consejería y anticipación
<b>Complementarios</b>	
Idoneidad cultural	Idoneidad cultural
Enfoque familiar	Enfoque familiar
Orientación comunitaria	Orientación comunitaria

Fuente: elaboración propia.

Nivel de cumplimiento de cada atributo de la APS y cumplimiento global, según regiones del estudio.

	Región											
	Lima		Callao		Ica		La Libertad		Lambayeque		Piura	
	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)
<b>Total</b>	190	(40,8)	35	(7,5)	39	(8,4)	49	(10,5)	69	(14,8)	84	(18,0)
<b>Puntaje total PCAT</b>												
Menor cumplimiento	180	(94,7)	35	(100,0)	37	(94,9)	48	(98,0)	66	(95,7)	81	(96,4)
Mayor cumplimiento	10	(5,3)	0	(0,0)	2	(5,1)	1	(2,0)	3	(4,3)	3	(3,6)
<b>Dominio: Primer contacto</b>												
Menor cumplimiento	127	(66,8)	26	(74,3)	31	(79,5)	43	(87,8)	50	(72,5)	70	(83,3)
Mayor cumplimiento	63	(33,2)	9	(25,7)	8	(20,5)	6	(12,2)	19	(27,5)	14	(16,7)
<b>Dominio: Continuidad de la atención</b>												
Menor cumplimiento	173	(91,1)	34	(97,1)	33	(84,6)	46	(93,9)	67	(97,1)	76	(90,5)
Mayor cumplimiento	17	(8,9)	1	(2,9)	6	(15,4)	3	(6,1)	2	(2,9)	8	(9,5)

	Región											
	Lima		Callao		Ica		La Libertad		Lambayeque		Piura	
	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)	Nro.	(%)
Dominio: Coordinación												
Menor cumplimiento	184	(96,8)	35	(100,0)	39	(100,0)	47	(95,9)	67	(97,1)	55	(65,5)
Mayor cumplimiento	6	(3,2)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(4,1)	2	(2,9)	29	(34,5)
Dominio: Integralidad												
Menor cumplimiento	173	(91,1)	32	(91,4)	36	(92,3)	36	(73,5)	62	(89,9)	80	(95,2)
Mayor cumplimiento	17	(8,9)	3	(8,6)	3	(7,7)	13	(26,5)	7	(10,1)	4	(4,8)
Dominio: Enfoque familiar												
Menor cumplimiento	159	(83,7)	34	(97,1)	33	(84,6)	42	(85,7)	58	(84,1)	70	(83,3)
Mayor cumplimiento	31	(16,3)	1	(2,9)	6	(15,4)	7	(14,3)	11	(15,9)	14	(16,7)
Dominio: Orientación comunitaria												
Menor cumplimiento	180	(94,7)	35	(100,0)	36	(92,3)	47	(95,9)	68	(98,6)	64	(76,2)
Mayor cumplimiento	10	(5,3)	0	(0,0)	3	(7,7)	2	(4,1)	1	(1,4)	20	(23,8)
Dominio: Idoneidad cultural												
Menor cumplimiento	122	(64,2)	25	(71,4)	29	(74,4)	40	(81,6)	28	(40,6)	64	(76,2)
Mayor cumplimiento	68	(35,8)	10	(28,6)	10	(25,6)	9	(18,4)	41	(59,4)	20	(23,8)

## IA-PCAT-AE

## CUESTIONARIO PARA USUARIOS ADULTOS

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Número de cuestionario: |\_|\_|

Fecha de cumplimentación del cuestionario: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Día Mes Año

## A. IDENTIFICACIÓN DE SU REFERENTE PRINCIPAL DE SALUD

Con las siguientes tres preguntas, usted identificará cuál es el [SERVICIO DE SALUD] o profesional que tiene como fuente o referente principal para la atención de su salud.

Por favor, elija la mejor respuesta: No Sí

A1. ¿Hay algún profesional o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud? 1  2

¿Cuál es el nombre del profesional o [SERVICIO DE SALUD]? ¿En qué barrio se encuentra?

Por favor, elija la mejor respuesta: No Sí, el mismo que el anterior Sí, otro

A2. ¿Hay un profesional o [SERVICIO DE SALUD] donde lo/la conozcan mejor como persona y a su familia? 1  2  3

¿Cuál es el nombre del profesional o [SERVICIO DE SALUD]? ¿En qué barrio se encuentra?

A3. ¿Hay un profesional o [SERVICIO DE SALUD] que es más responsable (que se ocupa más) de la atención de su salud? 1  2  3

¿Cuál es el nombre del profesional o [SERVICIO DE SALUD]? ¿En qué barrio se encuentra?

## B. PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN

Por favor, elija la mejor respuesta: Sí, sin duda Generalmente sí Generalmente no No, en absoluto No lo sé

B1. Cuando usted necesita hacerse un control de salud, ¿va a su [SERVICIO DE SALUD] antes de asistir a otro lado? 4  3  2  1  9

B2. Cuando tiene un problema de salud, ¿va a su [SERVICIO DE SALUD] antes de asistir a otro lado? 4  3  2  1  9

B3. Cuando tiene que ir a un especialista, ¿su [SERVICIO DE SALUD] lo tiene que autorizar o enviar con una hoja de referencia? 4  3  2  1  9

## C. PRIMER CONTACTO - ACCESIBILIDAD

Por favor, elija la mejor respuesta: Sí, sin duda Generalmente sí Generalmente no No, en absoluto No lo sé

C1a. ¿Su [SERVICIO de SALUD] abre los domingos? 4  3  2  1  9

C1b. ¿Su [SERVICIO de SALUD] abre los sábados? 4  3  2  1  9

C2. ¿Su [SERVICIO DE SALUD] está abierto durante la semana, por lo menos algunas tardes hasta las 20 horas (8 p.m.)? 4  3  2  1  9

C. PRIMER CONTACTO - ACCESIBILIDAD						
C3.	Si su [SERVICIO DE SALUD] está abierto y usted se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C4.	Cuando su [SERVICIO DE SALUD] está abierto, ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C5.	Cuando su [SERVICIO DE SALUD] está cerrado, ¿hay algún número telefónico donde pueda llamar si se enferma? Si está siempre abierto, marque 4.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C6.	Cuando el [SERVICIO DE SALUD] está cerrado los sábados o domingos y usted se enferma, ¿alguien del mismo (SERVICIO) lo/la atendería ese mismo día? Si está siempre abierto, marque 4.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C7.	Cuando su [SERVICIO DE SALUD] está cerrado y usted se enferma durante la noche, ¿alguien de allí lo/la atendería esa misma noche? Si está siempre abierto, marque 4.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C8.	¿Es fácil conseguir allí (aquí) turno (CITA, FECHA, HORA) para control de salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C9.	Al llegar a su [SERVICIO DE SALUD], ¿tiene que esperar más de media hora para que un/a médico/a o enfermero/a lo/la atienda cuando tiene turno (CITA, HORA, FECHA) previamente programado?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C10.	¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar turno (CITA, HORA, FECHA) en su [SERVICIO DE SALUD]?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C11.	Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en su [SERVICIO DE SALUD]?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
C12.	Cuando usted. tiene que ir a su [SERVICIO DE SALUD], ¿tiene que dejar de trabajar o pedir permiso en su trabajo o escuela?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

D. ATENCIÓN LONGITUDINAL						
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
D1.	Cuando va a su [SERVICIO DE SALUD], ¿siempre lo/la atiende el/la mismo/a profesional de salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D2.	¿Cree que los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD] comprenden lo que usted dice o pregunta?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D3.	Los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿responden a sus preguntas de manera que usted entienda?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D4.	Si usted tiene alguna pregunta, ¿puede llamar y hablar con el/la profesional de salud que lo/a conoce mejor?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

D. ATENCIÓN LONGITUDINAL						
D5.	Los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿hablan con usted sobre sus preocupaciones o problemas?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D6.	¿Siente confianza con los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD] para hablar de sus preocupaciones o problemas?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D7.	Su médico/a o profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿lo/a conocen a usted o solo se preocupan por su problema de salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D8.	Los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿saben con quién vive usted?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D9.	Los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para usted y su familia?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D10.	¿Su médico/a o profesionales de su [SERVICIO DE SALUD] conocen su historia médica completa?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D11.	¿Su médico/s o profesionales de su [SERVICIO DE SALUD] conocen sus actividades o tareas cotidianas?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D12.	¿Su médico/a o profesionales de su (SERVICIO DE SALUD) sabrían si usted tuviera problemas para conseguir o pagar los medicamentos que necesita?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D13.	¿Su médico/a o profesionales de su [SERVICIO DE SALUD] conocen si usted está tomando medicamentos y cuáles son?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D14.	Si usted o una persona de su familia tuviera una enfermedad o discapacidad que le impidiera desplazarse al [SERVICIO DE SALUD], ¿tendría atención periódica en domicilio por algún profesional de este [SERVICIO DE SALUD]?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
D15.	Si fuera fácil de hacer, ¿se cambiaría de su [SERVICIO DE SALUD] a algún otro [SERVICIO DE SALUD] o profesional de salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

E. ATENCIÓN CONTINUA – COORDINACIÓN e INTEGRACIÓN						
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
E1.	¿Su [SERVICIO DE SALUD] le facilita el acceso a los resultados de sus análisis de laboratorio?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	2 ○
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí	No	No sé		
E2.	¿Ha consultado alguna vez con algún especialista?	1 ○	2 ○	2 ○		
E3.	¿Cuándo fue la última vez que usted consultó a un especialista?	Mes: _____ Año: _____				
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí		No		
E4.	¿Esta consulta se realizó por una enfermedad o problema que usted tiene hace tiempo?	1 ○		2 ○		
E6.	Esa consulta al especialista, ¿fue indicada o recomendada por un/a profesional de su [SERVICIO DE SALUD]?	1 ○		2 ○		

E. ATENCIÓN CONTINUA – COORDINACIÓN e INTEGRACIÓN		
E7.	¿Su médico/a o algún profesional de su [SERVICIO DE SALUD] sabe que tuvo esa consulta con el especialista?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E8.	¿Algún/a profesional de su [SERVICIO DE SALUD] habló con usted acerca de los diferentes lugares donde era posible ir para la atención por su problema?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E9.	¿Alguien que trabaja en su [SERVICIO DE SALUD] lo/la ayudó a conseguir el turno (CITA, FECHA, HORA) para esa consulta?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E10.	El/la profesional que lo/a atiende en este [SERVICIO DE SALUD], ¿preparó alguna información por escrito para el/la especialista?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E11.	¿Su médico/a u otro/a profesional de [SERVICIO DE SALUD] conoce el resultado de esa consulta?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E12.	Luego de su consulta (VISITA) con el/la especialista, ¿tuvo oportunidad de hablar con algún/a profesional de su [SERVICIO DE SALUD] sobre lo ocurrido durante esa atención especializada?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
E14.	¿Su médico/a o algún/a profesional de su [SERVICIO DE SALUD] sabe cuándo usted realiza una consulta en un servicio de urgencia?	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>

F. ATENCIÓN CONTINUA – SISTEMAS DE INFORMACIÓN						
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
F1.	Cuando usted va a su [SERVICIO DE SALUD], ¿lleva algún registro médico como carnés, calendarios de vacunación o informes médicos previos?	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
F2.	Si usted lo desea, ¿puede acceder fácilmente a su historia clínica?	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
F3.	Cuando va a consulta (VISITA) a su [SERVICIO DE SALUD], ¿su historia clínica está siempre disponible?	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
F3.1 p	¿En su historia clínica está la información de todas sus consultas (VISITAS) a especialistas?	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
F3.2 p	¿En su historia clínica está la información de todos sus análisis, estudios complementarios y tratamientos recibidos?	4 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí		No		
F3.3 p	En este [SERVICIO DE SALUD], ¿su historia clínica está informatizada (ES ELECTRÓNICA)?	1 <input type="radio"/>		2 <input type="radio"/>		

**G. ATENCIÓN INTEGRAL - SERVICIOS DISPONIBLES****Indique, por favor, si en su [SERVICIO DE SALUD] están disponibles estos servicios o prestaciones:**

Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
G1.	Atención a consultas sobre nutrición o dieta.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G2.	Asesoramiento (CONSEJERÍA, ORIENTACIÓN) sobre métodos anticonceptivos.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G3.	Colocación de DIU o implante anticonceptivo.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G4.	Citología cervical (EXAMEN DE PAPANICOLAU, PAP) para detectar cáncer de cuello de útero.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G5.	Control prenatal (control del embarazo).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G6.	Examen de la vista.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G7.	Lavado de oídos.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G8.	Tratamiento odontológico (DENTAL).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G9.	Test de plomemia (examen para detectar plomo en sangre).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G10.	Asesoramiento (CONSEJERÍA, ORIENTACIÓN) sobre el consumo de tabaco.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G11.	Coser una herida que necesita puntos.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G12.	Tratamiento de uña encarnada.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G13.	Inmovilización de un tobillo con esguince.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G14.	Asesoramiento (CONSEJERÍA, ORIENTACIÓN) sobre consumo de alcohol.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G15.	Asesoramiento (CONSEJERÍA, ORIENTACIÓN) o tratamiento para abuso de sustancias o drogas (excepto alcohol y tabaco).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G16.	Atención para problemas de salud mental.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G17.	Vacunaciones (colocación de vacunas).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G18.	Diagnóstico de VIH mediante test rápido.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G19.	Análisis para detección de Tuberculosis (estudio del esputo u otro método).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G20.	Fondo de ojo en pacientes diabéticos.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G21.	Control de anticoagulación oral.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G22.	Medición de pico-flujo espiratorio o espirometría.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G23.	Electrocardiograma (realizado durante la consulta o visita si fuese necesario).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G24.	Atención paliativa (cuidados paliativos).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
G25.	Evaluación de sus requisitos para acceder a algún programa o beneficio social, ayudas o prestaciones.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

**H. ATENCIÓN INTEGRAL – CONSEJERÍA Y ANTICIPACIÓN (servicios preventivos)****Durante la consulta (VISITA) en su [SERVICIO de SALUD], ¿hablan con usted los siguientes temas?**

Por favor, elija la mejor respuesta:		Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
H1.	Alimentación, descanso y actividad física adecuados.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H2.	Elementos de seguridad en el tránsito como: cinturón de seguridad, silla de auto para niños, uso de casco e iluminación para moto y bicicleta, etcétera.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H3.	Exposición a sustancias peligrosas en su hogar, en el trabajo o en el barrio.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

<b>H. ATENCIÓN INTEGRAL – CONSEJERÍA Y ANTICIPACIÓN (servicios preventivos)</b>						
<i>Durante la consulta (VISITA) en su [SERVICIO de SALUD], ¿hablan con usted los siguientes temas?</i>						
H5.	Pautas para sexo seguro para las diversas orientaciones sexuales.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H6.	Entrega de preservativos.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H7.	Ayuda especializada para promoción de la lactancia materna.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H8.	Situaciones de violencia intrafamiliar.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H9.	Prevención de abuso sexual.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H10.	Formas de manejar los conflictos familiares que puedan surgir de vez en cuando.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H11.	Chequeo de la medicación que esté tomando por un profesional que pueda verificar si la administración es correcta y responder a sus dudas y dificultades en el manejo de la medicación.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H12.	Consejo para evitar caídas de los/as adultos/as mayores.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H13.	Autocuidado ginecológico e información sobre ciclo menstrual y sus alteraciones habituales.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H14.	Cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
H15.	Ingreso de un familiar a “casa de salud” o asilo de ancianos si eso fuera necesario (“nursing home”).	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

<b>I. ENFOQUE FAMILIAR</b>				
Por favor, elija la mejor respuesta:	Sí, sin duda	Generalmente sí	No, en absoluto	No lo sé
I1.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
Las siguientes preguntas son sobre la relación entre su [SERVICIO DE SALUD] y su familia. Por favor, escoja la mejor respuesta.				
I2.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
I3.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
I4.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○

<b>J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA</b>				
<i>Para la lectura de las preguntas, seleccione la expresión de territorio (BARRIO, VECINDARIO, etc.) más adecuada para su país:</i>				
Por favor, elija la mejor respuesta:	Sí, sin duda	Generalmente sí	No, en absoluto	No lo sé
J1.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J2.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J3.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
¿Su [SERVICIO DE SALUD] realiza alguna de las siguientes acciones para monitorear la efectividad de sus servicios o programas?				

Por favor, elija la mejor respuesta:	Sí, sin duda	Generalmente sí	No, en absoluto	No lo sé
J13.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J14.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J17.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
Los/as profesionales de su [SERVICIO DE SALUD], ¿participan de alguna de las siguientes actividades en la comunidad?				

**J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA***Para la lectura de las preguntas, seleccione la expresión de territorio (BARRIO, VECINDARIO, etc.) más adecuada para su país:*

J22.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J23.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○
J24.	4 ○	3 ○	1 ○	9 ○

**K. IDONEIDAD CULTURAL**

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
K1. ¿Le recomendaría su [SERVICIO DE SALUD] a un/a amigo/a o familiar?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
K2. ¿En este [SERVICIO DE SALUD] tienen en cuenta a personas que no hablen bien el español (PORTUGUÉS)?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
K3. ¿Le recomendaría su [SERVICIO DE SALUD] a personas de pueblos originarios?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
K4. ¿Le recomendaría su [SERVICIO DE SALUD] a personas migrantes procedentes de otros países?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
K5. ¿Le recomendaría su [SERVICIO DE SALUD] a alguien que utiliza la medicina tradicional, tales como hierbas o remedios caseros, o que tiene creencias propias sobre el cuidado de la salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

Su [SERVICIO DE SALUD], ¿utiliza alguno de los siguientes métodos para abordar la diversidad cultural?

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Generalmente sí	Generalmente no	No, en absoluto	No lo sé
K11.1 Facilitadores/as o mediadores/as interculturales.	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

Propongo: ¿Su [SERVICIO DE SALUD] tiene facilitadores/as o mediadores/as para abordar la diversidad cultural de las personas que atiende?