

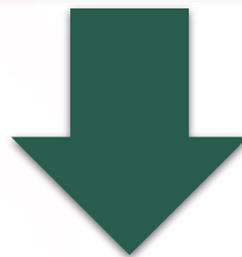
# Capacitación para el Aval Ciudadano

---

**Dirección General de Calidad y Educación en Salud**

# ¿Qué es la Participación Ciudadana?

Conjunto de disposiciones y acciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan, sin integrarse en las estructuras institucionales



**La participación ciudadana en los servicios de salud** permite a los miembros de algunas organizaciones sociales contribuir voluntariamente a un proceso de diálogo vivo entre la sociedad y los Servicios de Salud

# Definición



El Aval Ciudadano es un mecanismo de participación ciudadana que evalúa la percepción de los usuarios respecto a la Atención Médica y del trato otorgado por parte de las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de coadyuvar en la mejora del Trato Digno y la calidad en los servicios que brindan. En forma independiente y responsable contribuye a evaluar los Servicios de Salud, ayudando a las instituciones a mejorar la confianza de los usuarios



# Objetivo Principal

Avalar la transparencia de la información que emite el Establecimiento de Atención Médica referente a la Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, mediante la participación de la ciudadanía en la evaluación y mejora de la calidad de los Servicios de Salud

***Los avales ciudadanos son los enlaces entre las instituciones y los usuarios de los Servicios de Salud, esto genera un vínculo democrático, en donde la sociedad civil expresa su voz y opinión respecto a la calidad interpersonal de la atención y el Trato Digno***



# Propósito

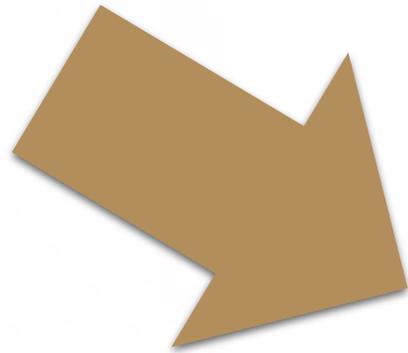
**Avalar** las acciones que realizan las instituciones del Sector Salud, para ayudar a **mejorar el Trato Adecuado y Digno** en los servicios que se brindan a los usuarios

El Aval Ciudadano, en forma independiente y responsable, **contribuye a evaluar los servicios de salud**, ayudando a las Instituciones a obtener la **confianza** de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan



# Calidad Percibida

Es la valoración realizada por los pacientes y sus familiares o acompañantes, en relación al tiempo de espera, trato recibido (información recibida y confort), atendiendo a sus expectativas y valores



**Satisfacción  
de los usuarios**

# Aval Ciudadano



Usuarios



Comunicación



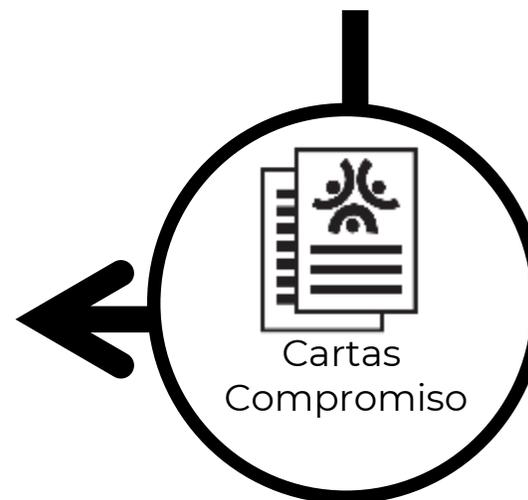
Unidades de  
Atención Médica



Encuestas



Construir Ciudadanía en Salud:  
*Aval Ciudadano*



Cartas  
Compromiso

# ¿Qué es el Trato Adecuado y Digno?

El Trato Digno, es un componente del trato adecuado y se enfoca en la atención con respeto, atendiendo a los derechos humanos y características individuales de las personas, tomando como base los derechos generales de los pacientes, promoviendo la comunicación asertiva, orientado a cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios, en un ambiente agradable y de confort para lograr su confianza y satisfacción



- El respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona
- Que la información que se le proporciona al usuario sobre la situación por la que acude a los Servicios de Salud sea completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, usuario o acompañante
- El trato amable hacia los usuarios de los Servicios de Salud para que la relación personal de salud - usuario sea de la máxima calidad humana

# Trato Adecuado y Digno

- Profesamos diferentes valores y costumbres que deben ser respetadas



- Que somos individuos diferentes con derecho a pensar y reaccionar de acuerdo a nuestra manera particular



- Que se debe comprender por el momento que está pasando el individuo que acude a los Servicios de Salud

- Que seguimos diversas ideologías, costumbres y religiones que deben ser respetadas



# Importancia del Respeto a los Derechos de los Pacientes

- Respetar su dignidad y autonomía
- Garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación personal de salud - usuario
- Ofrecer un Trato Digno a los usuarios



# Objetivos y Funciones del Aval Ciudadano

# Funciones del Aval Ciudadano

- Participar en la **identificación de necesidades y expectativas** de mejoras de calidad de los Servicios de Salud para una mejor atención de los usuarios
- Participar con autoridades y personal de salud en la **toma de decisiones**, para mejorar el Trato Digno en las instituciones públicas de salud
- Participar en la **difusión de la información dirigida a los usuarios** de los servicios y a la población en general, en materia de Trato Digno, de derechos y responsabilidades de los pacientes
- Contribuir a **generar transparencia de la información** y resultados en materia de Trato Digno emitidos por las instituciones de salud
- Generar **nuevas iniciativas que propicien una participación** más amplia de la ciudadanía en la búsqueda de la calidad óptima de los Servicios de Salud
- Contribuir a **mejorar la confianza del paciente y la ciudadanía** en las instituciones de salud

# Beneficios

- El individuo adquiere nuevos conocimientos a través de experiencias compartidas con otros y de esta manera gana autoestima y confianza en sí mismo a la hora de exigir un trato digno y de proponer mejoras
- La sociedad civil organizada fomenta condiciones para la participación ciudadana en situaciones concretas, como la mejora de los servicios de salud que le son prioritarios
- Los servicios de salud aprenden a escuchar a la opinión ciudadana y respondiendo a las necesidades planteadas, se enriquecen y mejoran la calidad de la atención
- Los servicios de salud aprenden a escuchar a la opinión ciudadana y respondiendo a las necesidades planteadas, se enriquecen y mejoran la calidad de la atención
- Los servicios de salud, adoptan las mismas pautas democráticas exhibidas por la ciudadanía y empiezan a tomar decisiones compartidas entre las autoridades y el personal operativo
- La ciudadanía asume la parte que le corresponde del poder de decisión y el aprender primero a negociar y después a proponer las acciones necesarias para efectuar las mejoras. Con ello se maximizan las sinergias entre individuo, sociedad civil organizada y servicios de salud

# Funciones del Aval Ciudadano



1. Aplicar la **“Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno”** a una muestra aleatoria de usuarios de las Unidades Médicas con el fin de conocer su opinión en relación al trato recibido en los servicios
2. Aplicar el **“Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)”** una vez cada cuatrimestre

3. Recabar las **“Sugerencias de los usuarios para mejorar la calidad en la atención”** en el apartado específico del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)
4. Realizar cuatrimestralmente una revisión del estado que guardan las instalaciones de la sala de espera, sanitarios y consultorios, utilizando el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)



# Funciones del Aval Ciudadano

5. Difundir los **Derechos Generales y las Responsabilidades de los Pacientes**
6. Canalizar al **Sistema Unificado de Gestión** a los usuarios que lo requieran
7. Realizar **propuestas de mejora** en el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso), estas propuestas de mejora son el resultado de lo observado y recabado por el Aval Ciudadano durante el monitoreo
8. Revisar junto con el Responsable de la Unidad o Gestor de Calidad, las opiniones y sugerencias de los usuarios, derivados del Sistema Unificado de Gestión concernientes a aspectos de Trato Digno
9. Recibir la **“Carta Compromiso”** elaborada por el Responsable de la Unidad Médica, atendiendo a las sugerencias emitidas por el Aval Ciudadano



# Funciones del Aval Ciudadano

- 10.** Realizar el **seguimiento de los compromisos** establecidos en la “Carta Compromiso” para verificar su cumplimiento
- 11.** Participar en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten a la participación ciudadana en salud y/o al Trato Digno, así como asistir cuando sea convocado por el Gestor de Calidad
- 12.** Participar en la apertura del buzón del Sistema Unificado de Gestión, el Aval Ciudadano debe conocer el calendario de apertura del buzón, en la medida de lo posible, estará presente en la apertura del buzón una vez al mes, de no contar con el tiempo necesario, se le pedirá que asista por lo menos una vez durante el cuatrimestre

# Funciones adicionales del Aval Ciudadano Jurisdiccional

1

Elaborar un programa anual de actividades que contemple el seguimiento a las actividades de los avales ciudadanos locales

2

Mantener comunicación con los avales ciudadanos de las Unidades Médicas favoreciendo la comunicación con los mismos, el conocimiento de sus logros y restricciones, identificando experiencias exitosas y noticias relevantes de la jurisdicción para los avales ciudadanos del Sector Salud

3

Promover entre el personal de las unidades médicas de su jurisdicción/delegación, las funciones de los avales ciudadanos y de los lineamientos que lo regulan

4

Asesorar a avales ciudadanos locales sobre sus actividades

5

Establecer comunicación con los avales ciudadanos estatales para darles a conocer el estado de los avales ciudadanos de la entidad

6

Entregar informes de los resultados y avances a los gestores jurisdiccionales

# Funciones adicionales del Aval Ciudadano Estatal, Regional y Delegacional



1

Elaborar un programa anual de actividades que contemple el seguimiento a las actividades de los avales ciudadanos jurisdiccionales

2

Mantener comunicación con los avales ciudadanos jurisdiccionales y de las Unidades Médicas favoreciendo la comunicación con los mismos, el conocimiento de sus logros y restricciones, identificando experiencias exitosas y noticias relevantes de la entidad o institución para los avales ciudadanos del Sector Salud

3

Promover entre el personal de su jurisdicción/delegación, las funciones de los avales ciudadanos y de los lineamientos que lo regulan

4

Capacitar y asesorar a avales ciudadanos del nivel jurisdiccional y local sobre sus actividades

5

Establecer comunicación con el Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano y el Responsable Estatal o Institucional de Calidad para darles a conocer el estado de los avales ciudadanos de la entidad

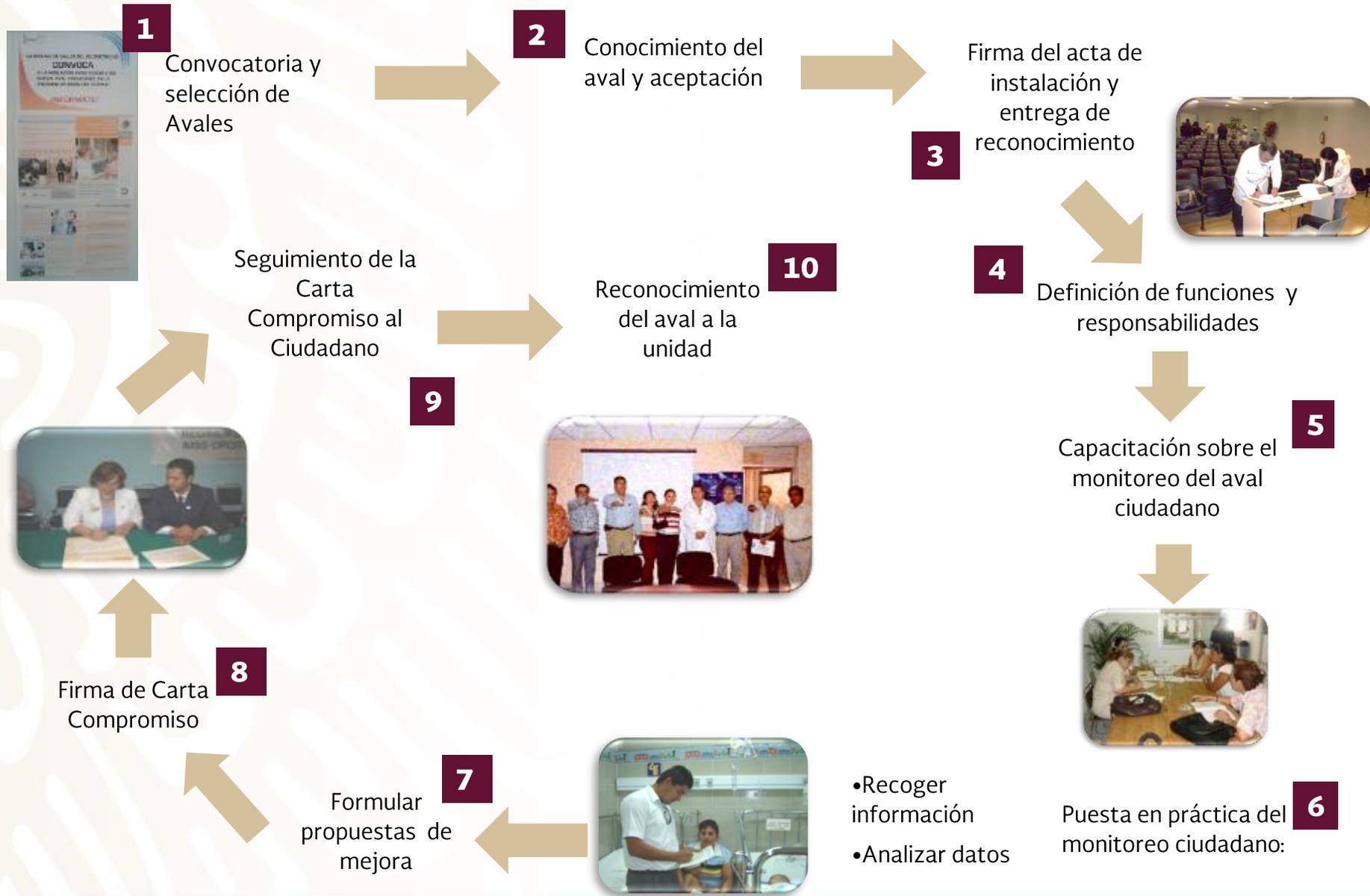
6

Participar en el Comité Estatal de Calidad por lo menos en una sesión al año, en donde presentará los avances de la operación del Aval Ciudadano en las unidades de atención médica del estado

# ¿Cómo implementar el Aval Ciudadano?



# Aval Ciudadano



# Monitoreo Ciudadano



# El Monitoreo Ciudadano

Se entiende como la medición independiente, sistemática y planificada de la percepción ciudadana sobre el Trato Digno recibido en los Servicios de Salud con el objeto de tomar decisiones que permitan mejorarlos como parte del desarrollo de la cultura de calidad de los Servicios de Salud



# El Monitoreo Ciudadano

La frecuencia de la aplicación del Monitoreo Ciudadano es **cuatrimestral** y está dirigida a que los avales ciudadanos identifiquen áreas de oportunidad para contribuir con las Unidades Médicas a la mejora de la calidad y el trato, mediante sus sugerencias. Los cuatrimestres se dividen de la siguiente manera:

Frecuencia de Monitoreo Ciudadano	
Primer Cuatrimestre	Enero - Abril
Segundo Cuatrimestre	Mayo-Agosto
Tercer Cuatrimestre	Septiembre-Diciembre

Es decir, el total de **encuestas** que aplicará el Aval Ciudadano será de acuerdo al siguiente cuadro:

Tipo de Unidad	Total de encuestas a aplicar por el Aval Ciudadano en el cuatrimestre en curso
Urbana	140
Rural	36

# Actividades del Monitoreo Ciudadano

- Aplicación de Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno
- Aplicación del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)
- Captación de las sugerencias de los usuarios en el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)
- Verificación del estado de la sala de espera, sanitarios y consultorios
- Entrega de Sugerencias de Mejora de la Calidad de los Servicios al Responsable de la Unidad Médica
- Firma de la Carta Compromiso con el Responsable de la Unidad Médica
- Seguimiento a la Carta Compromiso firmada el cuatrimestre anterior



# Apoyo de las instituciones de Salud al Aval Ciudadano

1. Ser el enlace de la Unidad Médica y el Aval Ciudadano, proporcionando las herramientas necesarias para su funcionamiento (Formatos para realizar el Monitoreo Ciudadano, información del Monitoreo Institucional, espacio en la sala de espera para difundir los resultados del monitoreo, credencial de Aval Ciudadano)

2. Informar al Aval Ciudadano sobre las acciones en favor de la calidad y el Trato Digno que realiza la Unidad Médica

3. Mantener diálogo constante con los avales ciudadanos sobre las cuestiones que deriven del Monitoreo Ciudadano

4. Redactar la Carta Compromiso que surja de dicho análisis sobre las tareas que son factibles de llevar a cabo, canalizar y gestionar las restantes sugerencias ante las personas o niveles correspondientes

5. Dar cumplimiento a la Carta Compromiso

6. Comunicar a los avales ciudadanos el calendario de apertura del Buzón del Sistema Unificado de Gestión programado en la Unidad Médica

7. Enviar a la jurisdicción copia de la información resultante del Monitoreo Ciudadano (Concentrado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno), así como copia del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)

8. Informar periódicamente a la comunidad de usuarios y personal de salud sobre los resultados, tanto del Monitoreo Institucional y la participación del Aval Ciudadano

- Proporcionarles la identificación que los acredite como Avals

<p><b>Foto del aval ciudadano</b></p> 	<p><b>CONSTRUIR CIUDADANÍA EN SALUD:</b></p>  <p><b>Aval Ciudadano</b></p>
<p><b>Nombre:</b> Escribir nombre del aval</p> <p><b>Organización:</b> Escribir nombre organización</p> <p><b>Nombre de la unidad</b> Escribir nombre de la unidad (es) donde realizará el monitoreo</p>	<p>Fecha:</p> <p>Firma del aval Ciudadano</p> <hr/> <p>Firma del Responsable de la Unidad      Firma del Secretario de Salud</p> <hr/> <p>Construir ciudadanía en salud</p>



- Difundir las recomendaciones del Aval Ciudadano en relación a la mejora de la calidad y seguridad del paciente

# Instrumentos del Aval Ciudadano



# Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

## Consulta Externa

SECCIÓN I		SECCIÓN II		SECCIÓN III			
Datos del Establecimiento		Datos del entrevistado		Preguntas			
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____		Turno de atención a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial		1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto? a) Sí (seer a la pregunta 2) b) No (seer a la pregunta 1.1)			
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Sexo a) Mujer b) Hombre		1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto a) Personal Médico/Psicólogo/Neurólogo/Asesor/a Psicológico/a b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja Social j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza		2 ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más? a) Sí b) No c) No aplica	
Estado: _____ Inst. _____		Institución que proporciona la atención médica a) SS/INSSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno		Respuestas del entrevistado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total			

## Urgencias

SECCIÓN I		SECCIÓN II		SECCIÓN III	
Datos del Establecimiento		Datos del entrevistado		Preguntas	
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____		Turno de atención a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial		1 ¿Durante su estancia/permanencia en el Área de Urgencias lo atendieron con respeto? a) Sí (seer a la pregunta 2) b) No (seer a la pregunta 1.1)	
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Sexo a) Mujer b) Hombre		1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto a) Personal Médico/Psicólogo/Neurólogo/Asesor/a Psicológico/a b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja Social j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza	
Estado: _____ Inst. _____		Institución que proporciona la atención médica a) SS/INSSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno		Respuestas del entrevistado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total	
Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.		Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.		Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.	

## Hospitalización

SECCIÓN I		SECCIÓN II		SECCIÓN III	
Datos del Establecimiento		Datos del entrevistado		Preguntas	
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____		Turno de atención a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial		1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto? a) Sí (seer a la pregunta 2) b) No (seer a la pregunta 1.1)	
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Sexo a) Mujer b) Hombre		1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto a) Personal Médico/Psicólogo/Neurólogo/Asesor/a Psicológico/a b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja Social j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza	
Estado: _____ Inst. _____		Institución que proporciona la atención médica a) SS/INSSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno		Respuestas del entrevistado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total	
Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.		Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.		Instrucciones: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.	

# Objetivo de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno



Medir la satisfacción de los usuarios y la calidad percibida del Trato Adecuado y Digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica

# ¿En dónde se aplican?

Las encuestas son aplicadas en los servicios de:

## Consulta Externa

## Urgencias

## Hospitalización

SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno		CONSULTA EXTERNA																																																					
Sección I Datos del Establecimiento.		Formato FUI/CE-E																																																					
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Localidad: _____ Institución: _____		Estado: _____ Municipio: _____																																																					
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano																																																					
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> Si/No																																																							
INSTRUCCIONES: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "X" que haya sumado en cada renglón.																																																							
Sección II Datos del entrevistado		Entrevistado																																																					
Turno de atención	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total																												
Sexo	a) Mujer b) Hombre																																																						
Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INGABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) ODF i) Otro j) Ninguno																																																						
El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante																																																						
Edad del entrevistado	a) Menor a 16 años b) Entre 16 y 24 años c) Entre 25 y 44 años d) Entre 45 y 65 años e) Mayor a 65 años																																																						
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		Total	
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (marque a la pregunta 2) b) No (marque a la pregunta 3)																																																					
1.1	Selección el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Histórico/Histórico/Química/Zoología b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigilancia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de Limpieza																																																					
2	(Solo aplica para hospitalistas) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica																																																					

SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno		URGENCIAS																																																					
Sección I Datos del Establecimiento.		Formato FUI/URGE-E																																																					
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Localidad: _____ Institución: _____		Estado: _____ Municipio: _____																																																					
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano																																																					
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> Si/No																																																							
INSTRUCCIONES: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "X" que haya sumado en cada renglón.																																																							
Sección II Datos del entrevistado		Entrevistado																																																					
Turno de atención	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total																												
Sexo	a) Mujer b) Hombre																																																						
Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INGABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) ODF i) Otro j) Ninguno																																																						
El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante																																																						
Edad del entrevistado	a) Menor a 16 años b) Entre 16 y 24 años c) Entre 25 y 44 años d) Entre 45 y 65 años e) Mayor a 65 años																																																						
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		Total	
1	¿Durante su estancia/permanencia en el Área de Urgencias lo atendieron con respeto?	a) Sí (marque a la pregunta 2) b) No (marque a la pregunta 3)																																																					
1.1	Selección el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Histórico/Histórico/Química/Zoología b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigilancia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de Limpieza																																																					
2	¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí b) No																																																					

SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno		HOSPITALIZACIÓN																																																					
Sección I Datos del Establecimiento.		Formato FUI/HOSP-E																																																					
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Localidad: _____ Institución: _____		Estado: _____ Municipio: _____																																																					
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano																																																					
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> Si/No																																																							
INSTRUCCIONES: 1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "X" que haya sumado en cada renglón.																																																							
Sección II Datos del entrevistado		Entrevistado																																																					
Turno de atención	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total																												
Sexo	a) Mujer b) Hombre																																																						
Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INGABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) ODF i) Otro j) Ninguno																																																						
El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante																																																						
Edad del entrevistado	a) Menor a 16 años b) Entre 16 y 24 años c) Entre 25 y 44 años d) Entre 45 y 65 años e) Mayor a 65 años																																																						
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		Total	
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (marque a la pregunta 2) b) No (marque a la pregunta 3)																																																					
1.1	Selección el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Histórico/Histórico/Química/Zoología b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigilancia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de Limpieza																																																					
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí b) No																																																					

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

 Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

 En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado:  Sí  No

**INSTRUCCIONES:**

- Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "v" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado.
- En la última columna, poner el total de las "v" que haya sumado en cada renglón.

Sección II	Datos del entrevistado	Entrevistado																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total			
Turno de atención	a) Matutino																													
	b) Vespertino																													
	c) Nocturno																													
	d) Jornada Especial																													
Sexo	a) Mujer																													
	b) Hombre																													
Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INSABI																													
	b) IMSS																													
	c) IMSS Bienestar																													
	d) ISSSTE																													
	e) SEDENA																													
<b>Sección III Preguntas</b>		<b>Respuestas del entrevistado</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)																												
El entrevistado es:	1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Psicólogo/Nutriólogo/Dietista/Podólogo																												
		b) Personal de Enfermería																												
		c) Personal de Recepción																												
		d) Personal de Archivo Clínico																												
		e) Personal de Trabajo Social																												
		f) Personal de Laboratorio																												
		g) Personal de Rayos X																												
		h) Personal de Farmacia																												
		i) Personal de la Caja																												
		j) Personal de Vigilancia																												
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular																												
l) Personal de Vigencia de Derechos																														
m) Personal del Módulo de Incapacidades																														
n) Personal de limpieza																														
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica																												

**Sección IV Firmas**

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma del Responsable del Establecimiento

- Total de ingresos hospitalarios (Variable llamada + EH) _____	140 encuestas para MI en Unidad Urbana ó 96 encuestas para MI en Unidad Rural
- Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada + CE) _____	140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 96 encuestas para AC en Unidad Rural
- Total de altas de urgencias (Variable llamada + AU) _____	36 encuestas para AC en Unidad Rural

Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa =  $\frac{CE}{(EH + CE + AU)} \times$

 MI: Monitor Institucional  
 AC: Aval Ciudadano

# Secciones de la encuesta

# Secciones de la encuesta

**Sección I: Datos del establecimiento,** se deben registrar los datos generales que permiten identificar en qué Hospital/Clínica/Centro de Salud se lleva a cabo la encuesta, por favor escriba los datos con letra legible, de molde y no deje espacios sin llenar

**Sección II: Datos del entrevistado,** se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, tipo de seguridad social, la edad del entrevistado y si éste es paciente o no, es decir, la persona a la que se le aplica la encuesta puede ser paciente, familiar o acompañante

**Sección III: Preguntas,** para llenar esta parte de la encuesta se requiere que el Aval Ciudadano pregunte directamente a los pacientes o bien, en caso de que éste no pueda contestar, debe ser el familiar o acompañante quien responda. Es la parte más importante de la encuesta, ya que se investigan los aspectos relacionados con la satisfacción y el trato que el paciente recibió durante su visita a la unidad

**Sección IV: Firmas,** deberá firmar tanto el Aval Ciudadano o Institucional como el Responsable de la Unidad, esto a fin de validar la información registrada en el documento

**Sección I Datos del Establecimiento.**

**Formato FI/II CE-C**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado:  Si  No

**INSTRUCCIONES:**

1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.
2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.



**Sección I: Datos del Establecimiento**

**Sección II: Datos del entrevistado**



Sección II	Datos del entrevistado	Entrevistado																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
Turno de atención	a) Matutino																											
	b) Vespertino																											
	c) Nocturno																											
	d) Jornada Especial																											
Sexo	a) Mujer																											
	b) Hombre																											
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular																											
	b) IMSS																											
	c) IMSS Prospera																											
	d) ISSSTE																											
	e) SEDENA																											
	f) SEMAR																											
	g) PEMEX																											
	h) DIF																											
i) Otro																												
El entrevistado es:	a) Paciente																											
	b) Acompañante																											
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años																											
	b) Entre 16 y 24 años																											
	c) Entre 25 y 44 años																											
	d) Entre 45 y 65 años																											
	e) Mayor a 65 años																											

Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)																										
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)																										
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico																										
		b) Personal de Enfermería																										
		c) Personal de Recepción																										
		d) Personal de Archivo Clínico																										
		e) Personal de Trabajo Social																										
		f) Personal de Laboratorio																										
		g) Personal de Rayos X																										
		h) Personal de Farmacia																										
		i) Personal de la Caja																										
		j) Personal de Vigilancia																										

← Sección III: Preguntas

Sección IV: Firmas →

Sección IV Firmas	
<hr/> Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional	<hr/> Nombre y firma del Responsable del Establecimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____</li> <li>Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____</li> <li>Total de visitas de urgencias (Variable llamada = AU) _____</li> </ul>	<p style="text-align: center;">             Proponen de sujetos a encuesta del área de urgencias = <math>\frac{AU}{(EH + CE + AU)} \times</math> _____ = _____           </p> <p>             140 encuestas para MI en Unidad Urbana              ó              96 encuestas para MI en Unidad Rural              ó              140 encuestas para AC en Unidad Urbana              ó              36 encuestas para AC en Unidad Rural           </p>

\* MI Monitor Institucional

**Secretaría de Salud**  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud  
Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

CONSULTA EXTERNA

Formato FI/II CE-E

Sección I Datos del Establecimiento.

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

En esta encuesta se informa a los entrevistados por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado:  Sí  No

INSTRUCCIONES: 1. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "x" que haya sumado en cada renglón.

**Sección II Datos del entrevistado**

		Entrevistado																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
Turno de atención	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial																											
Sexo	a) Mujer b) Hombre																											
Institución que proporciona la atención médica.	a) SS/INSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno																											
El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante																											
Edad del entrevistado	a) Menor a 16 años b) Entre 16 y 24 años c) Entre 25 y 44 años d) Entre 45 y 65 años e) Mayor a 65 años																											
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?																											
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto																											
	a) Personal Médico/Paralelo/Nutrición/Asesoría Psicológica b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de Limpieza																											
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?																											
	a) Sí b) No c) No aplica																											

La encuesta tiene un formato vertical, es decir, las preguntas se leen de arriba hacia abajo

Las opciones de respuesta en la segunda columna, están compuestas por dos o más opciones, es importante verificar que la opción que nos están dando es la que estamos seleccionando

Marque con una palomita (☑) la opción de respuestas que haya elegido el entrevistado

Sección	Pregunta	Respuestas en entrevista	Entrevistado																													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total				
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Si (señala pregunta 2) b) No (señala pregunta 3)																														
1.1	Selecciona el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico																														
		b) Personal de Enfermería																														
		c) Personal de Recepción																														
		d) Personal de Archivo Clínico																														
		e) Personal de Trabajo Social																														
		f) Personal de Laboratorio																														
		g) Personal de Rayos X																														
		h) Personal de Farmacia																														
		i) Personal de la Caja																														
		j) Personal de Vigilancia																														
		k) Personal de Módulo del Seguro Popular																														
l) Personal de Vigilancia de Derechos																																
m) Personal del Módulo de Inapetencias																																
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo se espere para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si																														
		b) No																														
		c) No aplica																														

Marque con una palomita (☑) la opción de respuesta que haya elegido el entrevistado  
 Verifique que la (☑) este en el cruce del inciso de respuesta seleccionado por el usuario con el número de entrevistado que tenemos

Los formatos tienen 25 columnas, cada una representa un paciente (o acompañante)  
 Utilice el número de hojas que sea necesario para completar la muestra

Preguntas	Respuestas del entrevistado	Entrevistado																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total			
9	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta? a) Si b) No																													
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender? a) Si b) No																													
6	¿Entendió usted cómo debía tomar los medicamentos? a) Si b) No c) No le recordaron medicamentos																													
8	¿Entendieron usted los cuidados que debe d seguir en su casa? a) Si b) No c) No le mandaron cuidados																													
7	El médico le dio su tratamiento, ¿cómo se cubren sus gastos médicos y farmacéuticos? a) Si b) No																													
11	¿Dejó de ir a alguna consulta por no poder pagarla? a) Si b) No c) No cobran																													
9	¿En algún momento dejó de ir a las consultas o citas por no poder pagarlas (por falta de dinero o por no poder pagarlas)? a) Si b) No																													
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarla? a) Si b) No																													
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta? a) Si b) No																													
12	¿Durante su visita a esta unidad recibió algún dolor? a) Si (señala pregunta 13) b) No (señala pregunta 13)																													
13.1	¿Su dolor fue atendido? a) Si b) No																													
13	En relación a los medicamentos que le recetaron: a) No se los dieron b) Le faltó alguno(s) de los medicamentos c) No se los dieron d) No le recordaron e) Tendría que comprar alguno(s)																													
14	¿Cuál tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida? a) Mucho (satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (insatisfecho)																													

Cuando se llene el formato con las 25 entrevistas, es necesario sumar de manera horizontal (de lado a lado) el total de palomitas (☑), para colocar en la columna **Total** la cifra correspondiente

**En cada pregunta, sumando todas los totales de cada opción, debe sumar 25**

Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
3	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Si	☑		☑		☑		☑			☑	☑				☑					☑		☑				9
		b) No		☑		☑		☑		☑		☑			☑		☑		☑		☑						☑	10
		c) No acudio a consulta (pasar a la pregunta 13)										☑				☑				☑		☑		☑		☑		6
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si																										
		b) No																										

# Muestras en Unidades de Primer Nivel

Establecimientos de Atención Médica de primer nivel que solamente otorgan servicio de Consulta Externa deben realizar el siguiente número de encuestas totales:

Monitoreo Institucional		Monitoreo Ciudadano	
Urbano	Rural	Urbano	Rural
140	96	140	36

# Resultados de las encuestas

Cuando se concluye la etapa de realización de encuestas, se tiene que sumar cada renglón para obtener el total de respuestas para cada una de las opciones del formato

Sección	Datos del entrevistado	Entrevistado																								Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
Turno de atención	a) Matutino	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	16	
	b) Vespertino		✓								✓	✓					✓	✓	✓	✓		✓	✓			9	
	c) Nocturno																									0	
	d) Jornada Especial																									0	
Sexo	a) Mujer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓				✓	✓	19	
	b) Hombre																		✓	✓	✓	✓	✓			6	
Tipo de Seguridad Social	a) Seguro Popular	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	26	
	b) IMSS																									0	
	c) IMSS Prospera																									0	
	d) ISSSTE																									0	
	e) SEDENA																									0	
	f) SEMAR																									0	
	g) PEMEX																									0	
	h) DIF																									0	
	i) Otro																									0	
	El entrevistado es:	a) Paciente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓										14	
b) Acompañante									✓	✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	
Edad del entrevistado	a) Menor a 16 años																									0	
	b) Entre 16 y 24 años		✓			✓											✓	✓	✓							5	
	c) Entre 25 y 44 años		✓	✓		✓					✓	✓	✓	✓	✓								✓	✓	✓	11	
	d) Entre 45 y 65 años						✓	✓		✓											✓	✓	✓	✓	✓	7	
	e) Mayor a 65 años								✓												✓					2	
Sección	Preguntas	Respuestas del entrevistado																									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (por la pregunta 1)	✓			✓	✓	✓	✓											✓	✓	✓	✓	✓	✓	13	
		b) No (por la pregunta 1.1)		✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓										✓	✓	12
		a) Personal Médico	✓	✓	✓																					3	
		b) Personal de Enfermería										✓	✓	✓	✓	✓									✓	✓	9
		c) Personal de Recepción																									0
		d) Personal de Archivo Clínico																									0
		e) Personal de Trabajo Social																									0

# Llenado de los Concentrados de la Encuesta



# Elaboración de concentrados

**Secretaría de Salud**  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud  
Encuesta de Satisfacción, Tratamiento Adecuado y Digno

**CONSULTA EXTERNA  
CONCENTRADO**

**Sección I Datos del Establecimiento.** **Formato FI/II CE-C**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano  
 En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado  Si  No

**INSTRUCCIONES**

- Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.
- En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.

		CONCENTRADO DE INFORMACIÓN									
Sección II	Entrevistados	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
	Turno de atención	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Especial									
	Sexo	a) Mujer b) Hombre									
	Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno									
	El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante									
	Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años b) Entre 16 y 24 años c) Entre 25 y 44 años d) Entre 45 y 65 años e) Mayor a 65 años									
Sección III	Preguntas	Respuestas entrevistados									
	1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí b) No									
	1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Paralelo/Nutrición/Dieta/Osteoatra b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigilancia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza									
	2 <b>(Solo aplica para hospitales)</b> ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica									

CE - C Versión 20-Feb-2020

→ **Sección I:** Datos de identificación del establecimiento (unidad médica)

→ **Sección II:** Datos del entrevistado

→ **Sección III:** Preguntas (primera parte)



Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total		
3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o mas?	a) Si																												
		b) No																												
		c) No aplica																												
4	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Si																												
		b) No																												
5	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si																												
		b) No																												
6	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si																												
		b) No																												
		c) No le recataron medicamentos																												
7	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si																												
		b) No																												
		c) No le mandaron cuidados																												
8	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si																												
		b) No																												
9	¿En algun momento dejo de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si																												
		b) No																												
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si																												
		b) No																												
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante su hospitalizacion?	a) Si																												
		b) No																												
12	Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)																												
		b) No (pasar a la pregunta 13)																												
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si																												
		b) No																												
13	En relacion a los medicamentos que necesito durante su hospitalizacion:	a) Le dieron todos los que necesito																												
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compre																												
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar																												
14	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																												
		b) Regular (mas o menos satisfecho)																												
		c) Nada (Insatisfecho)																												

Sección IV Firmas

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma del Responsable del Establecimiento

→ Sección III: preguntas (segunda parte)

→ Sección IV: Firmas



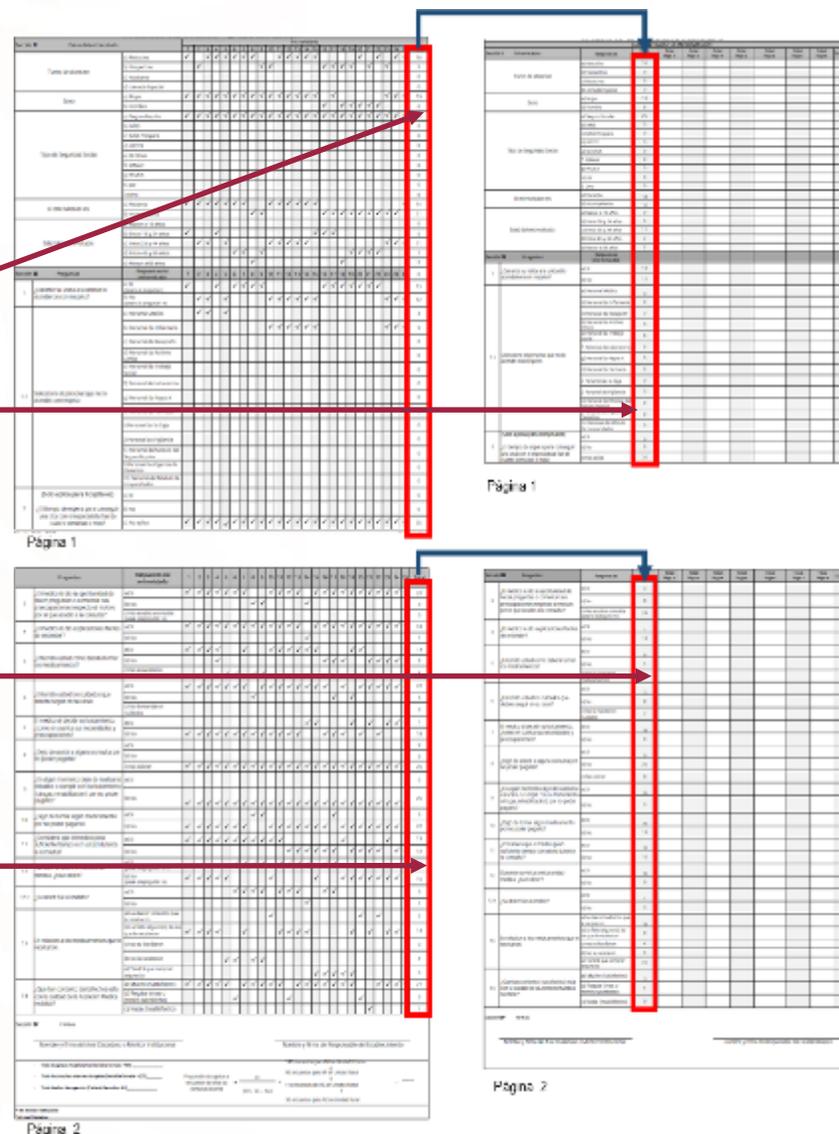
# Elaboración de concentrados

**Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno**

Con la columna de Totales de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, llenamos cada una de las columnas del formato de Concentrado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

**Hoja de entrevistados**

**Hoja de concentrado**



# Llenado de concentrados

Una vez que se ha completado el total de columnas del Concentrado, se suma de manera horizontal para obtener el Gran total. Esta columna es la que se ocupa para llenar el sistema web del SESTAD

En caso de que no se llenen todas las columnas se pone una línea diagonal para invalidar el uso de esos espacios

**Totales por hoja**

**Gran total**

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN		Total hoja 1	Total hoja 2	Total hoja 3	Total hoja 4	Total hoja 5	Total hoja 6	Total hoja 7	Total hoja 8
Sección II Entrevistados	Turno de atención	a) Matutino	16						
		b) Vespertino	9						
		c) Nocturno	0						
		d) Jornada Especial	0						
Sexo	a) Mujer	19							
	b) Hombre	6							
Tipo de Seguridad Social	a) Seguro Popular	25							
	b) IMSS	0							
	c) IMSS Prospera	0							
	d) ISSSTE	0							
	e) SEDENA	0							
	f) SEMAR	0							
	g) PIMEX	0							
El entrevistado es:	a) Paciente	14							
	b) Acompañante	11							
	c) Otro	0							
Edad del entrevistado:	a) Menor a 14 años	0							
	b) Entre 14 y 24 años	5							
	c) Entre 25 y 44 años	11							
	d) Entre 45 y 64 años	7							
	e) Mayor a 65 años	2							
<b>Sección III Preguntas</b>		<b>Preguntas entrevistados</b>							
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Si	13						
		b) No	12						
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico	3						
		b) Personal de Enfermería	9						
		c) Personal de Recepción	0						
		d) Personal de Archivo Clínico	0						
		e) Personal de Trabajo Social	0						
		f) Personal de Laboratorio	0						
		g) Personal de Rayos X	0						
		h) Personal de Farmacia	0						
		i) Personal de la Caja	0						
		j) Personal de Vigilancia	0						
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular	0						
		l) Personal de Vigencia de Licencias	0						
		m) Personal del Módulo de Inocuidades	0						
(Solo aplica para hospitales)									
2	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si	0						
		b) No	0						
		c) No aplica	25						

**sumar**

**Línea para invalidar**



# Llenado del Formato para el Monitoreo Ciudadano



**FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)**

**SECCIÓN I. Datos del Establecimiento (Unidad médica /Hospital)**

Nombre Establecimiento (Unidad médica /Hospital): \_\_\_\_\_ CLUES de la Unidad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Año: \_\_\_\_\_ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivado de revisión por parte del Aval Ciudadano**

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "✓" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "✓"  
 1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.  
 2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.

	1	2	3	4	5	Total de "✓"
1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.						
2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.						

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica:

No.	¿Qué es lo que SÍ le gusta de la Unidad?	¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**CONFORT DE LAS INSTALACIONES**

**INSTRUCCIONES:** Después de realizar una inspección visual al Establecimiento de Atención Médica, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las "✓" y coloque el total de "✓" en el apartado correspondiente (Total).

Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema				Total
Privacidad	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Instalaciones	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Acceso al público	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Ventilación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Iluminación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Superficies y pintura	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Señalización	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
Limpieza y orden	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	

**SECCIÓN III. Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta**

**INSTRUCCIONES:** Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo a los Resultados de la Aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

El Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso), constituye un instrumento que fomenta el diálogo entre el Aval Ciudadano y el personal del Establecimiento de Atención Médica (unidad médica u hospital), con el fin de tomar decisiones conjuntas para la mejora del trato digno



**Sección I:** Datos de identificación del establecimiento (unidad médica/ hospital)



**SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD  
AVAL CIUDADANO**



**FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)**

**SECCIÓN I. Datos del Establecimiento (Unidad médica /Hospital)**

Nombre Establecimiento (Unidad médica /Hospital): \_\_\_\_\_ CLUES de la Unidad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Año: \_\_\_\_\_ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: \_\_\_\_\_



**Sección II: Identificación de Oportunidades de Mejora derivado de la revisión por parte del Aval Ciudadano**, en esta sección se verifica la difusión de los Derechos Generales de los Pacientes y de los resultados de calidad obtenidos por el Aval Ciudadano, también se le pregunta directamente a los usuarios qué es lo que les gusta de la unidad, qué es lo que no les gusta de la unidad y en su caso, qué sugieren para mejorarlo, se revisa el confort de las instalaciones

SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivado de revisión por parte del Aval Ciudadano						
<b>INSTRUCCIONES:</b> Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "✓" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "✓"						
1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar los puede ver.	1	2	3	4	5	Total de "✓"
	x	✓	x	✓	✓	3
2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.	1	2	3	4	5	Total de "✓"
	✓	x	✓	x	✓	3

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica			
No.	¿Qué es lo que SI le gusta de la Unidad?	¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1	La amabilidad del personal de enfermería	El tiempo en que tardaron en atenderme	Que nos den fichas con hora de consulta
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## Sugerencias de los Usuarios para Mejorar el Trato Digno y las Instalaciones

¿Qué es lo que <b>SI</b> le gusta de la <b>unidad</b> ?	¿Qué es lo que <b>NO</b> le gusta de la <b>unidad</b> ?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1. La amabilidad del médico	1. Se tardaron 3 horas en atenderme	1. Qué cada ficha tenga un horario
2. Qué no me cobran la consulta	2. El personal de archivo es grosero y trata mal	2. Qué se capacite o cambie al personal de archivo
3. La atención	3. La unidad está sucia	3. Qué limpien cada sitio el bote de basura
4. Nada	4. Qué la entrada de la puerta está obstruida por el bote de basura	4. Qué cambien de sitio el bote de basura
5. Qué me pone atención el médico	5. Qué no sirve el aparato de rayos X y hay que conseguir por fuera las placas	5. Qué se mande a reparar el aparato de rayos X
6. Me revisaron bien y me recetaron mis medicamentos	6. Qué se tardaron mucho y hay pocas sillas para sentarse	6. Qué se consigan más sillas para los usuarios
7. Qué me atendieron	7. No había medicamentos y los tengo que comprar	7. Qué se soliciten los medicamentos para que no los puedan dar
8. El médico es amable	8. Todo me gusta	8. Ninguna
9. Qué tengo atención médica	9. El médico no me dejó explicarle que me dolía	9. Qué el médico me ponga atención y me deje explicarles lo que siento
10. Nada	10. No entendí lo que me dijo el médico	10. Qué me hablen con palabras que pueda entender

Se revisa el confort de las instalaciones, colocando una " (☑) " en donde se requiera mejorar el servicio

CONFORT DE LAS INSTALACIONES					
<b>INSTRUCCIONES:</b> Después de realizar una inspección visual al Establecimiento de Atención Médica, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las "✓" y coloque el total de "✓" en el apartado correspondiente (Total).					
Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema				Total
Privacidad	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	1
Instalaciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input checked="" type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	2
Acceso al público	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	1
Ventilación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input checked="" type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	1
Iluminación	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	0
Superficies y pintura	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	0
Señalización	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	1
Limpieza y orden	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input checked="" type="checkbox"/> Sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	3

**Sección III: Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta**, para llenar esta parte se requiere que el Aval Ciudadano, revise sus resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno

<b>SECCIÓN III. Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta</b>	
<b>INSTRUCCIONES:</b> Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo a los Resultados de la Aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno	

**Sección IV: Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano**, en este apartado, el Aval Ciudadano emite sus sugerencias de mejora, basándose en sus resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno y la aplicación del Formato para el Monitoreo Ciudadano

<b>SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora</b>		
<b>INSTRUCCIONES:</b> Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica		
	<b>Área o tema que sugiere se mejore</b>	<b>¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse</b>
1		
2		
3		
4		
5		

# Sugerencias de Mejora del Aval Ciudadano

El monitoreo ciudadano concluye con la entrega de las sugerencias de mejora detectadas por el Aval Ciudadano, derivadas de sus visitas. El aval utilizará el apartado correspondiente en el **Formato de Verificación y Sugerencias**, tomará en consideración lo siguiente:

- Las oportunidades de mejora detectadas durante la aplicación de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno
- Las sugerencias realizadas por los usuarios de la Unidad Médica
- El estado en que se encuentran las instalaciones
- Necesidades de los usuarios de la unidad médica detectadas en el buzón y el módulo de atención del Sistema Unificado de Gestión, que puedan resolverse en la misma unidad médica, en el caso de que existan

# Sugerencias de Mejora del Aval Ciudadano

## Sugerencias de los Usuarios para Mejorar el Trato Digno y las Instalaciones

Área o aspecto a mejorar	Describa su propuesta de mejora
1. Tiempo de espera	1. Entregar fichas con horarios establecidos para pasar a consulta
2. Claridad de la información	2. Dar una capacitación al personal de la unidad para que sea más claro en el lenguaje que utiliza con los pacientes
3. Trato Digno	3. Capacitar al personal de la unidad sobre el Trato Digno y derechos humanos
4. Sala de espera de urgencias	4. Conseguir recursos para comprar sillas para los pacientes
5. Rayos X	5. Solicitar la reparación del aparato de rayos X
6. Sala de espera de urgencias	6. Qué se quite los botes de basura que obstruyen el libre acceso a la sala de espera de urgencias
7. Limpieza en sala de espera en urgencias	7. Qué el personal asignado limpie continuamente la sala de espera para que se vea agradable

**Sección V: Seguimiento a la Carta Compromiso**, en esta sección, el Aval Ciudadano solicita la evidencia del cumplimiento de la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior, revisa la evidencia de manera documentada o física

En el primer cuatrimestre que se aplica la SESTAD, no se debe llenar este apartado, hasta que se firma la primera Carta Compromiso, se da seguimiento en el siguiente cuatrimestre

SECCION V. Seguimiento a Carta Compromiso																	
INSTRUCCIONES: Marque con una "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del(de los) cuatrimestre(s) anterior(es).																	
Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso			Año	¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento											
1	<input checked="" type="checkbox"/> Ene-Abr	<input type="checkbox"/> May- Ago	<input type="checkbox"/> Sep - Dic	2017	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Comprar botes de basura	<input type="checkbox"/> Agendas	<input type="checkbox"/> Bitácoras	<input type="checkbox"/> Constancias	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Listas de asistencia	<input type="checkbox"/> Material Impreso	<input type="checkbox"/> Memorándum u oficios	<input type="checkbox"/> Minutas	<input checked="" type="checkbox"/> Otras
2	<input type="checkbox"/> Ene-Abr	<input checked="" type="checkbox"/> May- Ago	<input type="checkbox"/> Sep - Dic	2017	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Difundir los Derechos de los Pacientes	<input type="checkbox"/> Agendas	<input type="checkbox"/> Bitácoras	<input type="checkbox"/> Constancias	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Listas de asistencia	<input checked="" type="checkbox"/> Material Impreso	<input type="checkbox"/> Memorándum u oficios	<input type="checkbox"/> Minutas	<input type="checkbox"/> Otras
3	<input type="checkbox"/> Ene-Abr	<input type="checkbox"/> May- Ago	<input checked="" type="checkbox"/> Sep - Dic	2018	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Arreglar la lampara del baño	<input type="checkbox"/> Agendas	<input type="checkbox"/> Bitácoras	<input type="checkbox"/> Constancias	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Listas de asistencia	<input type="checkbox"/> Material Impreso	<input type="checkbox"/> Memorándum u oficios	<input type="checkbox"/> Minutas	<input type="checkbox"/> Otras
4	<input type="checkbox"/> Ene-Abr	<input type="checkbox"/> May- Ago	<input type="checkbox"/> Sep - Dic		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Agendas	<input type="checkbox"/> Bitácoras	<input type="checkbox"/> Constancias	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Listas de asistencia	<input type="checkbox"/> Material Impreso	<input type="checkbox"/> Memorándum u oficios	<input type="checkbox"/> Minutas	<input type="checkbox"/> Otras
5	<input type="checkbox"/> Ene-Abr	<input type="checkbox"/> May- Ago	<input type="checkbox"/> Sep - Dic		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Agendas	<input type="checkbox"/> Bitácoras	<input type="checkbox"/> Constancias	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Listas de asistencia	<input type="checkbox"/> Material Impreso	<input type="checkbox"/> Memorándum u oficios	<input type="checkbox"/> Minutas	<input type="checkbox"/> Otras



**Sección VI: Establecimiento de Compromisos.** Esta sección es la única que debe llenar el responsable de la Unidad Médica u Hospital o en su caso el gestor de calidad, una vez que el Aval entregó su Formato con sus sugerencias de mejora, el personal de la unidad las analiza y establece compromisos que pueda cumplir en el siguiente cuatrimestre, a través de la Carta Compromiso, misma que entrega al Aval Ciudadano. Con los datos de esta Carta Compromiso, llena el apartado VI del Formato para el Monitoreo Ciudadano

**IMPORTANTE: Entregar el original del este formato al Responsable de la Unidad y solicitar que le firme una copia para usted.**

**SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos**

**IMPORTANTE:** Este espacio debe ser llenado por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre al Aval Ciudadano.

Dominio	Descripción del dominio	¿Hubo Sugerencias?	¿Se firmó Carta Compromiso?	Fecha en la que se firmó la Carta Compromiso	Número de Carta Compromiso
<b>Autonomía:</b>	la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Confidencialidad:</b>	Se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Comunicación:</b>	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Trato Digno:</b>	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Atención Oportuna:</b>	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Condiciones básicas:</b>	Confort. Evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, iluminación, la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Organización de los servicios</b>	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en la unidad médica y que impactan a la atención del usuario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Medicamentos:</b>	Se refiere al abasto de medicamentos, la gestión de los mismos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Difusión:</b>	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a los usuarios de los servicios de salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Infraestructura:</b>	refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el establecimiento de atención médica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Equipo:</b>	Se refiere a la solicitud de reparación o comprar de equipo médico.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	

Nombre y firma del Aval Ciudadano \_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable de la unidad médica \_\_\_\_\_



# Carta Compromiso

SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD  
CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO

**Sección I** Datos del establecimiento. Institución \_\_\_\_\_  
Nombre de la Unidad \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable del Establecimiento \_\_\_\_\_  
Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre

COMPROMISOS DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL AVAL CIUDADANO					
Área o aspecto de trato digno con oportunidad de mejora detectada por el Aval Ciudadano (ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)	Compromiso de mejora que adopta el Establecimiento de Atención Médica (¿Qué se va a hacer y cómo se hará?)	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para cancelar el compromiso	Observaciones

La Carta Compromiso se realiza por duplicado, un original es para el Aval Ciudadano y otro para resguardarlo de la Unidad Médica. En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

La Carta Compromiso al Ciudadano tiene como propósito recuperar la confianza ciudadana al ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano. Permite impulsar la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, mediante el análisis de los resultados presentados por el Aval Ciudadano, obtenidos de su intervención. Es una herramienta que cumple dos funciones: externa, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano, e interna mediante la cual el personal de salud representado por el Director o Responsable, asume el encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios.

**NOTA: Solamente se puede establecer un compromiso por carta. Favor de realizar tantas cartas como compromisos sean en el cuatrimestre**

**Sección II** Firmas.  
Nombre y firma \_\_\_\_\_ Aval Ciudadano  
Cargos \_\_\_\_\_ Director o Responsable del Establecimiento de Atención Médica  
Organización o Agrupación \_\_\_\_\_



# ¿Cuenta la opinión de los ciudadanos?



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**La Carta Compromiso** es el documento que establece los compromisos que asumen los responsables de las unidades médicas con el Aval Ciudadano para la mejora de la atención, a través de la participación ciudadana, este documento, resulta de la aplicación de los instrumentos Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) que utiliza el Aval Ciudadano para conocer la opinión de los usuarios, en relación al trato que reciben de los prestadores de los Servicios de Salud

La Carta Compromiso tiene como propósito recuperar la confianza ciudadana al ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano, permite impulsar la mejora continua de la calidad de los Servicios de Salud, mediante el análisis de los resultados presentados por el Aval Ciudadano obtenidos en su intervención

El Aval Ciudadano entrega su Formato para el Monitoreo Ciudadano (**Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso**) en original al Responsable de la Unidad Médica y de ser posible, analiza las propuestas de mejora junto con el director y deciden conjuntamente las acciones prioritarias a realizarse, en caso de que no sea posible, el Aval Ciudadano pedirá al Responsable de la Unidad Médica una cita para que le entregue la Carta Compromiso, el Aval Ciudadano deberá pedir una copia de su Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) a la Unidad Médica, para resguardar su información y poder difundirla en la Unidad Médica

Es una herramienta que cumple dos funciones: **externa**, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano; e **interna** mediante la cual el personal de salud representado por el director o responsable, asume el encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios



# Carta Compromiso



SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO		AvalCiudadano			
<b>Sección I Datos del establecimiento.</b>					
Nombre de la Unidad: _____		Institución: _____			
Estado: _____ Municipio: _____		Localidad: _____			
Nombre del Responsable del Establecimiento: _____					
Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre					
<b>COMPROMISOS DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL AVAL CIUDADANO</b>					
Area o aspecto de trato dignos con oportunidad de mejora detectada pro el Aval Ciudadano <small>(ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)</small>	Compromisos de mejora que adopta el Establecimiento de Atención Médica <small>¿Qué se va a hacer y cómo se hará?</small>	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones
<p>La presente carta compromiso se firma por triplicado, una para cada una de las partes y la tercera para el gestor de calidad de la jurisdicción u hospital en la ciudad de _____, el día ____ de _____ de 20__.</p> <p>La Carta Compromiso al Ciudadano tiene como propósito recuperar la confianza ciudadana al ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano. Permite impulsar la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, mediante el análisis de los resultados presentados por el Aval Ciudadano, obtenidos de su intervención. Es una herramienta que cumple dos funciones: externa, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano, e interna mediante la cual el personal de salud representado por el Director o Responsable, asume el encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios.</p> <p><b>NOTA: Solamente se puede establecer un compromiso por carta. Favor de realizar tantas cartas como compromisos sean en el cuatrimestre</b></p>					
<b>Sección II Firmas.</b>					
<b>Director o Responsable del Establecimiento de Atención Médica</b>			<b>Aval Ciudadano</b>		
Nombre y firma: _____			Nombre y firma: _____		
			Organización: _____		

# Carta compromiso firmada con el Aval Ciudadano

- a. La Carta Compromiso es el resultado de la aplicación de los instrumentos Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno y Formato Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Verificación de Instalaciones) que utiliza el Aval Ciudadano para conocer la opinión de los pacientes y familiares, en relación al trato que reciben de los prestadores de los servicios de salud
- b. Tiene como propósito ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano
- c. En una reunión de trabajo, el Aval Ciudadano presenta al responsable de la Unidad Médica y al personal del servicio evaluado (consulta externa, urgencias u hospitalización) los resultados de la aplicación de encuestas a pacientes y familiares y sus sugerencias de mejora establecidas en la sección IV del Formato Monitoreo Ciudadano
- d. Una vez que el responsable de la Unidad Médica conjuntamente con su equipo de trabajo analiza las sugerencias de mejora que el Aval Ciudadano propone, establece los compromisos a cumplir
- e. La Carta Compromiso entra en vigor a partir de la fecha en que la firmen ambas partes

# Seguimiento

- a. La Unidad Médica se compromete, de acuerdo a las sugerencias de mejora propuestas por el Aval Ciudadano y en base a un análisis del responsable de la Unidad Médica y su equipo de trabajo, a realizar y cumplir los compromisos establecidos en esta “Carta Compromiso” con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de la atención y la prestación de los servicios de salud a los usuarios
- b. La Unidad Médica se compromete a presentar avances cuatrimestrales al Aval Ciudadano hasta el cumplimiento de las actividades comprometidas de acuerdo a las fechas establecidas
- c. El Aval Ciudadano dará seguimiento de manera cuatrimestral a los compromisos establecidos por la unidad, solicitando en todos los casos la evidencia física y/o documentada hasta su cumplimiento

Para dar seguimiento a la carta compromiso del cuatrimestre(s) anterior(es), el Aval Ciudadano revisará las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso al Ciudadano, del cuatrimestre(s) anterior(es) y anotarlas de manera breve

Seguimiento de la Carta Compromiso: Revisar las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso al Ciudadano del cuatrimestre anterior y anotarlas de manera breve	
Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior	Evidencia de que se cumplió el compromiso (ejemplo, oficios, fotos, listas)
1. Dar un curso de Derechos Humanos y Trato Adecuado y Digno al personal de la unidad	1. Lista de Asistencia y Fotos de la capacitación
2. Imprimir trípticos de los Derechos Generales de los Pacientes para su difusión	2. Se mostraron los trípticos impresos
3. Arreglar la llave del baño de mujeres	3. Se verificó físicamente que la llave del baño de mujeres sirviera
4. Implementar fichas con horarios de atención	4. Ya se cuenta con las fichas con el horario en que se atenderá al paciente



# Carta Compromiso

La Carta Compromiso se realiza **por duplicado**: un original es para el Aval Ciudadano y el otro para resguardo de la Unidad Médica, el Responsable de la Unidad Médica le entregará la Carta Compromiso al Aval Ciudadano en los siguientes **10 días naturales** de la fecha en que el Aval Ciudadano le entregó sus sugerencias de mejora, la Carta Compromiso entra en vigor a partir de la fecha en que la firmen ambas partes

# Sugerencias de Mejora

Todas las sugerencias de mejora del Aval Ciudadano referentes a la mejora del Trato Adecuado y Digno deben ser atendidas

**Las sugerencias que sólo deben incluirse en caso de contar con los recursos económicos para cumplirlos son:**

- Sugerencias que se refieran a la compra de equipo
- Sugerencias que se refieran a la infraestructura
- Sugerencias que se refieran a contratación de personal

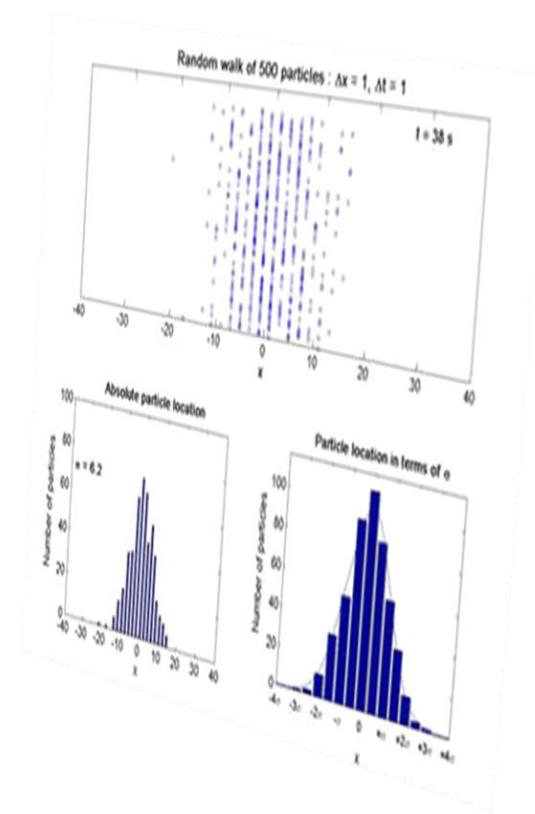
En el caso de no contar con los recurso necesarios para cumplir las sugerencias de los avales referentes a los temas indicados, deben derivarse a las autoridades de salud jurisdiccionales o estatales mediante oficio y notificar al Aval Ciudadano



# DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN



Time	Position	Velocity	Acceleration
0.0	0.0	0.0	0.0
0.1	0.5	0.5	0.0
0.2	1.0	0.0	-0.5
0.3	0.5	-0.5	0.0
0.4	0.0	0.0	0.5
0.5	0.5	0.5	0.0
0.6	1.0	0.5	0.0
0.7	1.5	0.0	-0.5
0.8	1.0	-0.5	0.0
0.9	0.5	0.0	0.5
1.0	0.0	0.0	0.0





**Comunicar y difundir a usuarios y ciudadanía el mecanismo y resultados del monitoreo ciudadano**



# Captura la información en el SESTAD



Integrar la información para generar evidencias de transparencia, acciones de mejora de la calidad percibida y el trato digno y el flujo de ésta a nivel local, jurisdiccional, estatal y federal para la toma de decisiones



# Calendario de captura en el Sistema de la Encuesta Satisfacción, Trato Adecuado y Digno SESTAD

Tipo de Periodo	Número de Periodo	Inicio	Termino	Publicación de Resultados
Cuatrimestral	1	04 - Mayo	22 - Mayo	29 de Mayo
	2	01 - Septiembre	18 - Septiembre	25 - Septiembre
	3	04 - Enero - 2021	22 - Enero - 2021	29 - Enero – 2021

# Beneficios de contar con Aval Ciudadano

Impulso a la mejora del Trato Adecuado y Digno: recuperar la confianza ciudadana a través del cumplimiento de los compromisos adquiridos entre el equipo de salud y el Aval Ciudadano para dar respuesta a las sugerencias del monitoreo ciudadano



# Beneficios de contar con Aval Ciudadano

- Recuperar la confianza de los usuarios en los servicios de salud
- Corresponsabilidad
- Toma de decisiones conjunta
- Mejora del trato Digno y calidad percibida
- Establecimiento de acuerdos a través de la Carta Compromiso





Cuando la población participa y las acciones responden a planteamientos y demandas reales que se formulan, es posible observar una mayor eficiencia de los sistemas de salud

# Queremos dar voz las y los ciudadanos para mejorar la Calidad y Seguridad de la Atención en los Servicios de Salud

Si perteneces a una Organización de la Sociedad Civil, Asociación, Centro Académico, o a título individual

## ¡Infórmate y participa!

[avalciudadano@salud.gob.mx](mailto:avalciudadano@salud.gob.mx)

Los servicios de salud necesitan la confianza de los usuarios, familias y comunidades



## Aval Ciudadano



**¡Un Aval Ciudadano por Establecimiento de Atención Médica!**

\*Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.\*



GOBIERNO DE  
MÉXICO

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

[f](https://www.facebook.com/gob.mx/salud) [i](https://www.instagram.com/gob.mx/salud) [y](https://www.youtube.com/gob.mx/salud) [gob.mx/salud](https://www.gob.mx/salud)



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

# Directorio

**Dr. José Luis García Ceja**

Director General de Calidad y Educación en Salud

[jose.garcia@salud.gob.mx](mailto:jose.garcia@salud.gob.mx)

**Dr. Nilson Agustín Contreras Carreto**

Director de Mejora de Procesos

[nilson.contreras@salud.gob.mx](mailto:nilson.contreras@salud.gob.mx)

Tel: (55) 2000 3476, ext. 59153

**Mtra. Claudia Serrano Tornel**

Subdirectora de Vinculación Ciudadana

[claudia.serrano@salud.gob.mx](mailto:claudia.serrano@salud.gob.mx)

Tel: (55) 2000 3476, ext. 53476

**Horacio Rogelio Alvarado Blancas**

Apoyo Administrativo en Salud

[rogelio.alvarado@salud.gob.mx](mailto:rogelio.alvarado@salud.gob.mx)

Tel: (55) 2000 3476, ext. 53444



Actualización: julio-2022