



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Capacitación

Aval Ciudadano

Dirección General de Calidad y Educación en Salud



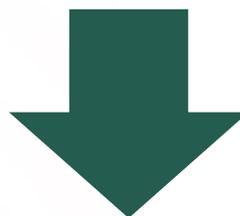
Participación Ciudadana



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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 entre la sociedad y los Servicios de Salud.

Definición



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



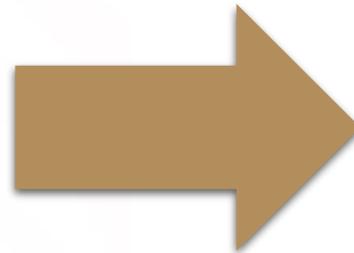
Avalar las acciones que realizan las instituciones del Sector Salud, para ayudar a **mejorar el trato adecuado y digno** en los servicios que se brinda a los usuarios.

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 sus expectativas y valores.



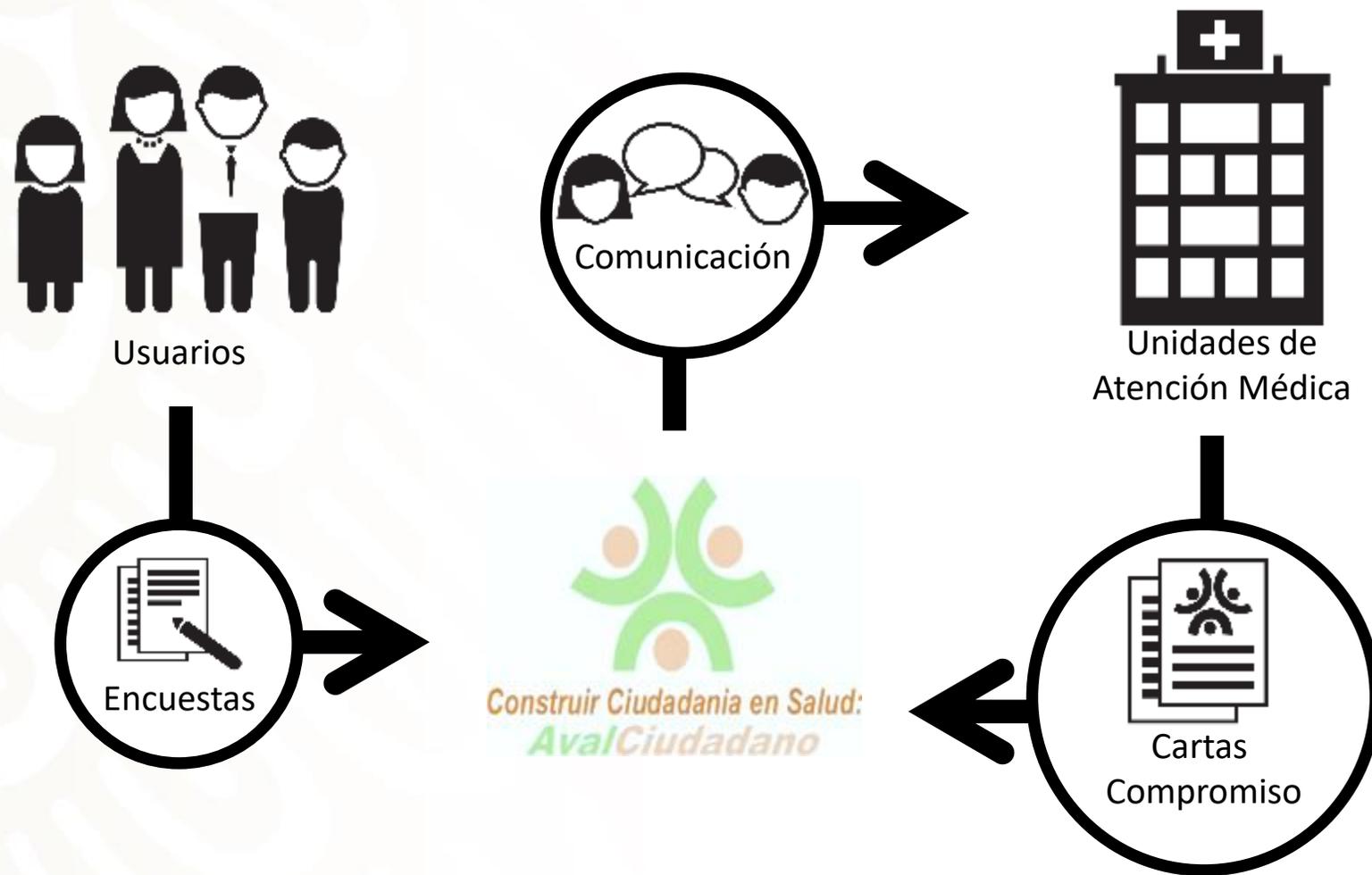
Satisfacción de los usuarios



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Aval Ciudadano



Trato Adecuado y Digno



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



El Trato Digno es un componente del trato adecuado, que se enfoca en la atención con respeto, atendiendo 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.

- ✿ La información que se le proporciona al usuario sobre la situación por la que acude a los Servicios de Salud debe ser completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, usuario o acompañante.
- ✿ Los usuarios de los Servicios de Salud deben recibir un trato amable para una relación personal de salud - usuario de la máxima calidad humana.



Trato Adecuado y Digno



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Los diferentes valores, costumbres, ideologías y religiones deben ser respetados.



Comprender el momento por el que está pasando el individuo que acude a los Servicios de Salud.

Somos individuos diferentes con derecho a pensar y reaccionar de acuerdo a nuestra manera particular.





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.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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.
- Contribuir 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.
- Participar con autoridades y personal de salud en la **toma de decisiones**, para mejorar el Trato Digno en las Instituciones de Salud.
- 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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- * El individuo adquiere nuevos conocimientos a través de experiencias compartidas con otros y de esta manera gana autoestima y confianza a la hora de exigir un trato digno y de proponer mejoras.
- * Una sociedad civil organizada fomenta 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 la opinión ciudadana y responden a las necesidades planteadas, enriqueciendo y mejorando 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 el poder de decisión y aprende a negociar las acciones necesarias para efectuar las mejoras; con ello se maximizan las sinergias entre individuo, sociedad civil organizada y servicios de salud.

Funciones

1. Aplicar la **“Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno”** a una muestra aleatoria de usuarios que se encuentren en 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

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



Funciones

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 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 SUG. El Aval Ciudadano debe conocer el calendario de apertura del buzón, y en la medida de lo posible deberá estar 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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



1

Elaborar un programa anual de actividades que contemple el seguimiento a las actividades de los Avaless Ciudadanos locales y jurisdiccionales.

2

Mantener comunicación con los Avaless Ciudadanos jurisdiccionales y de las unidades médicas para el conocimiento de sus logros y restricciones, identificando experiencias exitosas y noticias relevantes de la jurisdicción para los Avaless Ciudadanos del Sector Salud.

3

Promover entre el personal de las unidades médicas, las funciones de los Avaless Ciudadanos y los lineamientos que los regulan.

4

Capacitar y asesorar a los Avaless Ciudadanos locales y jurisdiccionales sobre sus actividades.

Funciones adicionales del Aval Ciudadano Jurisdiccional



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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 Avaluos 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

7

Entregar informes de sus resultados y avances a los gestores jurisdiccionales.

8

Establecer comunicación con los Avaluos Ciudadanos estatales para darles a conocer el estado de los Avaluos Ciudadanos de la entidad.



IMPLEMENTACIÓN DEL AVAL CIUDADANO



AVAL CIUDADANO



1

Convocatoria y selección de Avals

2

Conocimiento del Aval y aceptación

3

Firma del acta de instalación y entrega de reconocimiento

4

Definición de funciones y responsabilidades

5

Capacitación sobre el monitoreo del Aval Ciudadano

6

Puesta en práctica del monitoreo ciudadano:

- Recoge información
- Analiza datos

7

Formula propuestas de mejora

8

Firma de Carta Compromiso

9

Seguimiento de la Carta Compromiso al Ciudadano

10

Reconocimiento del Aval a la Unidad





MONITOREO CIUDADANO



Monitoreo Ciudadano



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Es 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.



Monitoreo Ciudadano



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



La frecuencia de la aplicación del Monitoreo Ciudadano es **cuatrimestral** y está dirigida a que los Avaless 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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- 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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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 para difundir los resultados del monitoreo, credencial de Aval Ciudadano.

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

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.

Dar cumplimiento a la Carta Compromiso.

Apoyo de las Instituciones de Salud al Aval Ciudadano



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Diálogo constante con los Avals Ciudadanos sobre las cuestiones que deriven del Monitoreo Ciudadano.

Comunicar al Aval Ciudadano el calendario de apertura del Buzón del SUG programado en la Unidad Médica.

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)

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



**CONSTRUIR
CIUDADANÍA EN
SALUD:**



Aval Ciudadano

Foto del
aval
ciudadano

Nombre:

Escribir nombre del aval

Organización:

Escribir nombre organización

Nombre de la unidad

Escribir nombre de la unidad (es) donde
realizará el monitoreo

Fecha:

Firma del aval Ciudadano

Firma del
Responsable de la
Unidad

Firma del
Secretario de
Salud

Construir ciudadanía en salud



INSTRUMENTOS DEL AVAL CIUDADANO



Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno



SALUD SECRETARÍA DE SALUD
Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno
CONSULTA EXTERNA

Formato F/VI CE-E

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. 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																												
		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																													
	a) SS/INSABI																													
	b) IMSS																													
	c) IMSS Bienestar																													
	d) ISSSTE																													
	e) SEDENA																													
	f) SEMAR																													
	g) PEMEX																													
	h) DF																													
i) Otro																														
j) Ninguno																														
El entrevistado es:	a) Paciente																													
	b) Acompañante																													
	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) Si (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/Psicólogo/Neurólogo/Asesora/Oncólogo																												
		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		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			
2	¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Si																												
		b) No																												

Consulta Externa

SALUD SECRETARÍA DE SALUD
Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno
URGENCIAS

Formato F/VI URG-E

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. 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																											
		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																												
	a) SS/INSABI																												
	b) IMSS																												
	c) IMSS Bienestar																												
	d) ISSSTE																												
	e) SEDENA																												
	f) SEMAR																												
	g) PEMEX																												
	h) DF																												
i) Otro																													
j) Ninguno																													
El entrevistado es:	a) Paciente																												
	b) Acompañante																												
	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) Si (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/Psicólogo/Neurólogo/Asesora/Oncólogo																											
		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																											

Objetivo de la Encuesta de Satisfacción, Trato y Digno



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Medir la satisfacción de los usuarios y la calidad percibida del trato adecuado y digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica.



Servicios de aplicación de Encuestas



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Consulta Externa

Urgencias

Hospitalización

SECRETARÍA DE SALUD		Secretaría de Salud	
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO	
CONSULTA EXTERNA		CONSULTA EXTERNA	
Sección I Datos del Establecimiento. Formato FI/CE-E Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____ Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ 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 <input type="checkbox"/> 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		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			
Institución que proporciona la atención médica:			
El entrevistado es:			
Edad del entrevistado			
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado	
1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?		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	
1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto			
2 (Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?			

SECRETARÍA DE SALUD		Secretaría de Salud	
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO	
URGENCIAS		URGENCIAS	
Sección I Datos del Establecimiento. Formato FI/URG-E Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____ Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ 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 <input type="checkbox"/> 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		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			
Institución que proporciona la atención médica:			
El entrevistado es:			
Edad del entrevistado			
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado	
1 ¿Durante su estancia/permanencia en el Área de Urgencias lo atendieron con respeto?		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	
1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto			
2 ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?			

SECRETARÍA DE SALUD		Secretaría de Salud	
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO	
HOSPITALIZACIÓN		HOSPITALIZACIÓN	
Sección I Datos del Establecimiento. Formato FI/HOSP-E Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____ Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ 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 <input type="checkbox"/> 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		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			
Institución que proporciona la atención médica:			
El entrevistado es:			
Edad del entrevistado			
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado	
1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?		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	
1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto			
2 Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?			



Secciones de la encuesta

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:

1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado.
2. En la última columna, poner el total de las "✓" 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																												
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		
Institución que proporciona la atención médica:	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/Dentista/Farmacéuta																										
			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																													
Edad del entrevistado:	2	(Solo aplica para hospitales)	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 agencias hospitalarias (Variable llamada = EH) _____

140 encuestas para MI en Unidad Urbana

Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____

96 encuestas para MI en Unidad Rural

Total de citas de urgencias (Variable llamada = AU) _____

140 encuestas para AC en Unidad Urbana

36 encuestas para AC en Unidad Rural

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

Secciones de la Encuesta

- **Sección I: Datos del Establecimiento,** se deben registrar los datos generales que permitan identificar en qué Hospital/Clínica/Centro de Salud se lleva a cabo la encuesta. Escribir los datos con letra legible, de molde y no dejar espacios sin llenar.
- **Sección II: Datos del entrevistado,** se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, tipo de seguridad social, 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,** el Aval Ciudadano debe realizar las preguntas directamente al paciente, familiar o acompañante. 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, con el fin de validar la información registrada en el documento.

Secciones de la Encuesta

Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Encuesta de Satisfacción, Tratado 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:

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																												

Secciones de la Encuesta

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 (responder a la pregunta 2)																												
		b) No (responder 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

 Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

 Nombre y firma del Responsable del Establecimiento

• Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____ 140 encuestas para MI en Unidad Urbana
 0
 • Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____ 96 encuestas para MI en Unidad Rural
 0
 • Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____ 140 encuestas para AC en Unidad Urbana
 0
 36 encuestas para AC en Unidad Rural

Proportión de sujetos a encuestar del área de urgencias = $\frac{AU}{(EH + CE + AU)}$ x _____ = _____

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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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. Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Formato FI/II CE-E
Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
Fecha: _____ Año: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre Área: Rural Urbano

En este formato se va a completar la información de los establecimientos clasificados por: El Aval Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado Sí 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																										
		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																											
Sexo	c) Nocturno																											
	d) Jornada Especial																											
Institución que proporciona la atención médica:	a) Mujer																											
	b) Hombre																											
	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	¿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/Psicólogo/Nutriólogo/Químico/Otros																										
		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																										

Las opciones de respuesta de la segunda columna, están compuestas por dos o más opciones, 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.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





Sección	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) Si (poner la pregunta 2) b) No (poner la pregunta 1)																													
1.1	Seleccione a 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 del Módulo del Seguro Popular																													
l) Personal de Vigilancia de Derechos																															
m) Personal del Módulo de Inapropiedades																															
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si b) No c) No aplica																													

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

Verifique que la opción de respuesta que haya elegido el entrevistado (☑) este en el inciso de respuesta seleccionado por el usuario con el número de entrevistado que tenemos.

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	
9	¿El médico le dio las explicaciones de lo que se le prescribió o le comentó sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta? a) Si b) No c) No se acuerda o consultó con el profesional																											
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender? a) Si b) No																											
5	¿Si le dieron medicamentos le tomaron medicación? a) Si b) No c) No le tomaron medicación																											
6	¿Entendieron los cuidados que el médico le dio? a) Si b) No le mandaron explicaciones																											
7	¿El médico le explicó su tratamiento, cómo se debe tomar los medicamentos y demás cuestiones? a) Si b) No																											
8	¿Dejó de ir a la clínica cuando por sus papeles pagó? a) Si b) No c) No cobraron																											
10	¿En algún momento dejó de recibir sus medicamentos o no cumplió con su tratamiento (por ejemplo, no volvió a buscar por no poder pagar)? a) Si b) No																											
10	¿Dejó de tomar algún medicamento? 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 médica, ¿quién le atendió? a) Si (poner la pregunta 10.1) b) No (poner la pregunta 10)																											
12.1	¿Su dolor fue atendido? a) Si (poner todos los que le atendieron) b) Si fue atendido por alguno de los que le atendieron c) No se le atendió																											
12	¿Le refirieron o le recomendaron que le tomaran medicamentos? a) Si (poner la pregunta 10) b) No le recomendaron c) Tendría que tomar algunos																											
14	¿Que tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida? a) Mucho (satisfecho) b) Regular (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 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																											

Unidades de Primer Nivel de Atención Médica



Los 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 I		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		
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) OSSSTE																											0	
	e) SEDENA																											0	
	f) SEMAR																											0	
	g) PEMEX																											0	
	h) DF																											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 II 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	0	
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (conar a la pregunta 1)	✓			✓		✓	✓	✓	✓									✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13	
		b) No (conar a 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
		f) Otro																											0



LLENADO DE LOS CONCENTRADOS DE LA ENCUESTA



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



**Sección II:
Datos del
entrevistado**



**Sección III:
Preguntas
(Primera parte)**



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

**CONSULTA EXTERNA
CONCENTRADO**

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 Area: 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.

		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									
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/Paralelos/Asistentes/Químicos									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínica									
		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									
(Solo aplica para hospitales)											
2	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro o más horas?	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									

CE - C Versión 20-Feb-2020



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Elaboración de concentrados



Sección III: Preguntas (Segunda 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 recetaron 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 deje 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



Sección IV Firmas

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma del Responsable del Establecimiento



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Con la columna de Total de la Hoja de Entrevistados 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

Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Profesión	Grupos	...	Total

Hoja de Concentrado

Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Profesión	Grupos	...	Total

Página 1

Nombre	Apellido	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Profesión	Grupos	...	Total

Página 2



Elaboración de concentrados

Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

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 Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (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													
Sección II	Entrevistados	Preguntas	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		
	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 Propara		0									
		d) ISSSTE		0									
		e) SEDESA		0									
		f) SEMAR		0									
		g) PEMEX		0									
		h) OIR		0									
	El entrevistado es:	a) Paciente		14									
		b) Acompañante		11									
		c) Otro		0									
	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 64 años		7									
		e) Mayor a 65 años		7									
Sección III	Preguntas	Preguntas entrevistados											
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		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 Caja		0									
		j) Personal de Vigilancia		0									
2	(Solo aplica para hospitales) ¿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 de concentrados



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



LLENADO DEL FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO



Formato para el Monitoreo Ciudadano

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, con el fin de tomar decisiones conjuntas para la mejora del trato digno.


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: _____
 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 2 3 4 5 Total de "✓"**

1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar los 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, indícale 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: Suma 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	
Limpeza 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

Secciones del Formato



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Sección I: Datos de Identificación del Establecimiento (Unidad Médica/ Hospital)



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

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)



AvalCiudadano

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: _____



Construir Ciudadanía en Salud:
AvalCiudadano

Secciones del Formato



Sección II: Identificación de Oportunidades de Mejora derivado de la revisión por parte del Aval Ciudadano

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	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 los puede ver.	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.	✓	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						

Se verifica la difusión de los **Derechos Generales** de los Pacientes y de los **resultados de calidad** obtenidos por el Aval Ciudadano.

Se pregunta directamente a los usuarios lo que les gusta o no de la unidad, así como sugerencias de mejora.

Se revisa el confort de las instalaciones.

Ejemplo



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

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

Secciones del Formato



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

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 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

Secciones del Formato

Sección III: Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta.

Para el llenado de esta sección se requiere que el Aval Ciudadano revise sus resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno.

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

Secciones del Formato



Sección IV: Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano.

En este apartado, el Aval Ciudadano emite sugerencias de mejora, basándose en los resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno y de la aplicación del Formato para el Monitoreo Ciudadano.

SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora	
INSTRUCCIONES: 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	
Área o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse
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 durante la aplicación de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno, derivadas de sus visitas. El aval utilizará el apartado correspondiente en **el Formato de Verificación y Sugerencias**, tomando en consideración lo siguiente:

- * 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.

Ejemplo



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Sugerencias de Mejora del Aval Ciudadano : Tomar en consideración lo detectado en sus visitas

Área o Aspecto a Mejorar	Describe 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. Que se quiten los botes de basura que obstruyen el libre acceso a la sala de espera de urgencias.
7. Limpieza en sala de espera de urgencias.	7. Que el personal asignado limpie continuamente la sala de espera para que se vea agradable.

Secciones del Formato



Sección V: Seguimiento a 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.

No se debe llenar este apartado en el primer cuatrimestre que se aplica el SESTAD, hasta que se firme la primera Carta Compromiso, se dará 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

Secciones del Formato



Sección VI: Establecimiento de Compromisos

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
Autonomía:	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	
Confidencialidad:	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	
Comunicación:	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	
Trato Digno:	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	
Atención Oportuna:	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	
Condiciones básicas:	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	
Organización de los servicios	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	
Medicamentos:	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	
Difusión:	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	
Infraestructura:	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	
Equipo:	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	

Es la única sección 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 el Formato con las 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.

Nombre y firma del Aval Ciudadano _____

Nombre y firma del responsable de la unidad médica _____



CARTA COMPROMISO

Sección I Datos del establecimiento.

Nombre de la Unidad: _____ Institución: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

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)	Compromisos 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 concluir el compromiso	Observaciones

La Carta Compromiso se realiza por duplicado, un original es para el Aval Ciudadano y otro para resguardo 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.

Director o Responsable del Establecimiento de Atención Médica

Aval Ciudadano

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

Cargo: _____

Organización o Agrupación: _____



Carta Compromiso



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 y 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.

Carta Compromiso



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 se le haga entrega de la Carta Compromiso, solicitando una copia de su Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) a la Unidad Médica, para el resguardo de la información y poder realizar la difusión en la Unidad Médica.

Objetivo



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



La Carta Compromiso es una herramienta que cumple dos funciones:

- a) **Externa**, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano.
- b) **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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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.

Nombre de la Unidad: _____ Institución: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

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 dignos con oportunidad de mejora detectada por el Aval Ciudadano <small>(ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)</small>	Compromisos 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 concluir el compromiso	Observaciones

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__.

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.

Director o Responsable del Establecimiento de Atención Médica

Aval Ciudadano

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

Organización: _____

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/carta_compromiso_alciudadano.pdf



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, 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. 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, así como las sugerencias de mejora establecidas en la sección IV del Formato Monitoreo Ciudadano.
- d. El responsable de la unidad médica analiza en conjunto con su equipo de trabajo las sugerencias de mejora que el Aval Ciudadano propone, estableciendo los compromisos a cumplir.
- e. La Carta Compromiso entra en vigor a partir de la fecha en que la firmen ambas partes.

Seguimiento

- a) El responsable de la Unidad y su equipo de trabajo se compromete a realizar y cumplir los compromisos establecidos en la “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 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.

Seguimiento

Para dar seguimiento a la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior, el Aval Ciudadano revisará las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso al Ciudadano y las anotará de manera breve.

Seguimiento de la Carta Compromiso	
Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior	Evidencia de que se cumplió el compromiso (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.



Seguimiento

La Carta Compromiso se realiza **por duplicado**, un original es para el Aval Ciudadano y el otro para su resguardo en el Establecimiento de Atención 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 deben de incluirse solo 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.

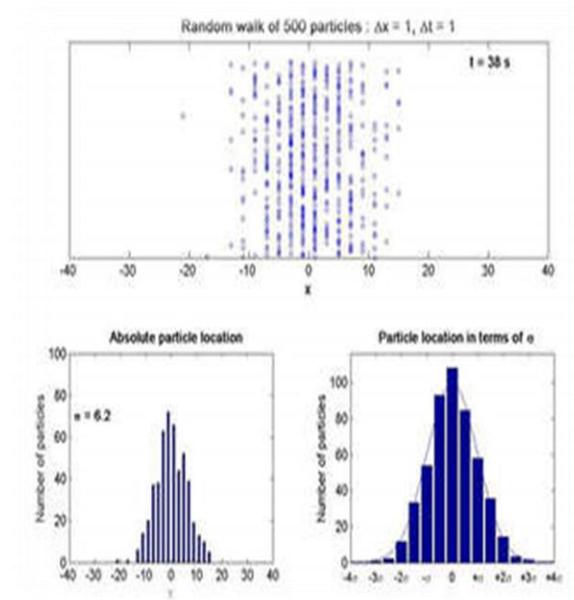


En caso de no contar con los recurso necesarios para cumplir las sugerencias de los avales referentes a los temas indicados, deben derivarse a las autoridades de salud jurisdiccionales o estatales mediante oficio y notificar al Aval Ciudadano.



DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Time	Position	Velocity	Acceleration
0	0	0	0
1	1	1	1
2	0	-1	-1
3	1	1	1
4	2	1	0
5	1	-1	-1
6	2	1	0
7	3	1	0
8	2	-1	-1
9	3	1	0
10	4	1	0
11	3	-1	-1
12	4	1	0
13	5	1	0
14	4	-1	-1
15	5	1	0
16	6	1	0
17	5	-1	-1
18	6	1	0
19	7	1	0
20	6	-1	-1
21	7	1	0
22	8	1	0
23	7	-1	-1
24	8	1	0
25	9	1	0
26	8	-1	-1
27	9	1	0
28	10	1	0
29	9	-1	-1
30	10	1	0
31	11	1	0
32	10	-1	-1
33	11	1	0
34	12	1	0
35	11	-1	-1
36	12	1	0
37	13	1	0
38	12	-1	-1
39	13	1	0
40	14	1	0
41	13	-1	-1
42	14	1	0
43	15	1	0
44	14	-1	-1
45	15	1	0
46	16	1	0
47	15	-1	-1
48	16	1	0
49	17	1	0
50	16	-1	-1
51	17	1	0
52	18	1	0
53	17	-1	-1
54	18	1	0
55	19	1	0
56	18	-1	-1
57	19	1	0
58	20	1	0
59	19	-1	-1
60	20	1	0
61	21	1	0
62	20	-1	-1
63	21	1	0
64	22	1	0
65	21	-1	-1
66	22	1	0
67	23	1	0
68	22	-1	-1
69	23	1	0
70	24	1	0
71	23	-1	-1
72	24	1	0
73	25	1	0
74	24	-1	-1
75	25	1	0
76	26	1	0
77	25	-1	-1
78	26	1	0
79	27	1	0
80	26	-1	-1
81	27	1	0
82	28	1	0
83	27	-1	-1
84	28	1	0
85	29	1	0
86	28	-1	-1
87	29	1	0
88	30	1	0
89	29	-1	-1
90	30	1	0
91	31	1	0
92	30	-1	-1
93	31	1	0
94	32	1	0
95	31	-1	-1
96	32	1	0
97	33	1	0
98	32	-1	-1
99	33	1	0
100	34	1	0



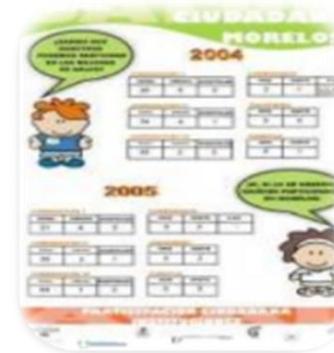
Difusión de la Información



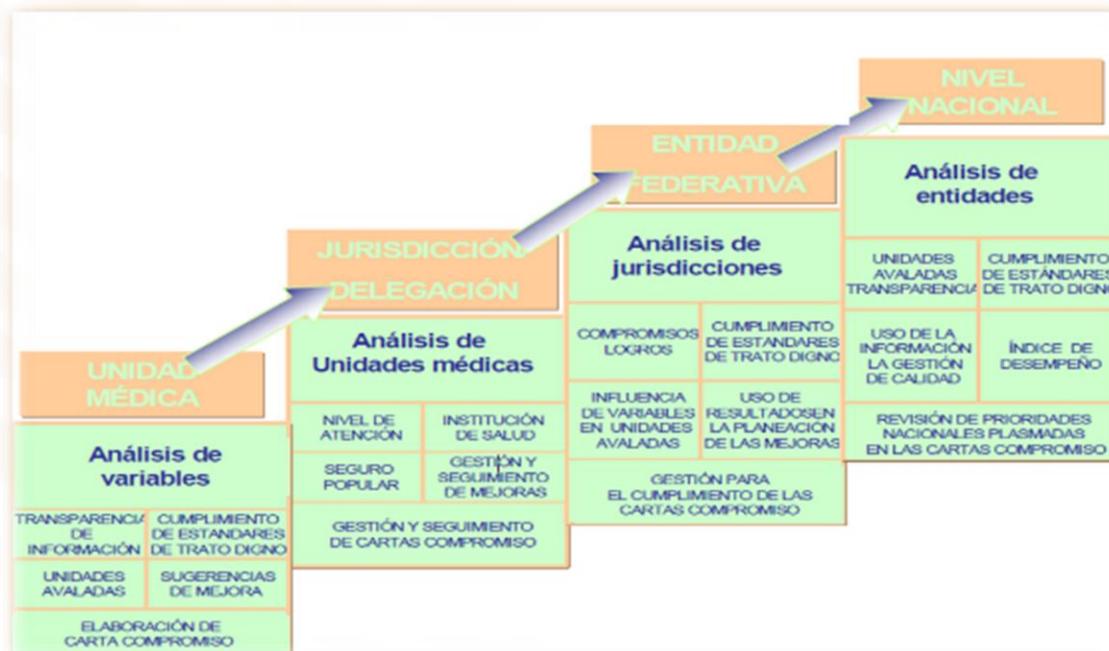
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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



Captura de la Información en el SESTAD



Integrar la información para generar evidencia de transparencia, acciones de mejora de la calidad percibida, 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 SESTAD



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Calendario de captura en el Sistema de la Encuesta de 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	22 - Enero	29 - Enero



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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- ✿ 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.

✱ Porque queremos dar voz a los ciudadanos para mejorar los servicios de salud.

✱ Porque los servicios de salud necesitan la confianza de los ciudadanos.

✱ Si perteneces a una organización de la sociedad civil, asociación, centro académico, o a título individual, participa como Aval Ciudadano.



Construir Ciudadanía en Salud:
Aval Ciudadano



Infórmate:

avalciudadano@salud.gob.mx

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Mejora de Procesos

Mtra. Claudia Serrano Tornel

Subdirectora de Vinculación Ciudadana

claudia.serrano@salud.gob.mx

Tel: (55) 2000 3476, ext 53476

Horacio Rogelio Alvarado Blancas

Apoyo Administrativo en Salud A7

rogelio.alvarado@salud.gob.mx

Tel: (55) 2000 3476, ext 53457