

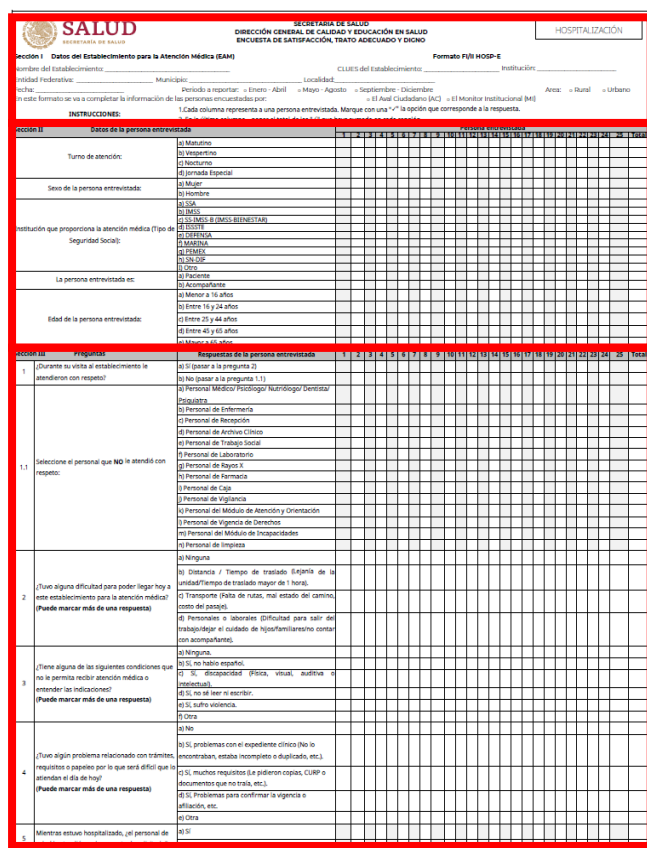
INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO HOSPITALIZACIÓN

Este Instructivo está dirigido a los Monitores Ciudadanos (Aval Ciudadano) y Monitores Institucionales que realizan las encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en el área de Hospitalización.

Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

La encuesta consta de dos páginas, en la primera (ver figura 1) están las secciones:

- I. Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM).
- II. Datos de la persona entrevistada.
- III. Preguntas (primera parte).



SECCIÓN I: Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM)

Nombre del establecimiento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
 Unidad Federativa: _____ Periodo a reportar: _____ C.U.E.S. del establecimiento: _____ Institución: _____
 Fecha: _____ Hora: _____

SECCIÓN II: Datos de la persona entrevistada

Turno de atención: _____
 Sexo de la persona entrevistada: _____
 Institución que proporciona la atención médica (Tipo de Seguridad Social): _____
 La persona entrevistada es: _____
 Edad de la persona entrevistada: _____

SECCIÓN III: Preguntas

1. ¿Durante su visita al establecimiento se atendieron con respeto? _____
 2. ¿Tiene alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica? (Puede marcar más de una respuesta) _____
 3. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones? (Puede marcar más de una respuesta) _____
 4. ¿Tiene algún problema relacionado con trámites, registros o papeles por lo que será difícil que lo atiendan el día de hoy? (Puede marcar más de una respuesta) _____
 5. Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de _____

Sección I: Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM).

Sección II: Datos de la persona entrevistada

Sección III: Preguntas

Figura 1. Página 1 de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

En la segunda página (ver figura 2) continúan las secciones:

III. Preguntas (segunda parte).

IV. Firmas.

Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	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	Tot
6. ¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No requiero interconsulta																										
7. ¿(El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que estuvo hospitalizado?	a) Sí b) No																										
8. ¿(El(a) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No																										
9. En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesitó b) Le pidieron comprar alguno y lo compró c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar																										
10. ¿Entendió usted como le administran los medicamentos	a) Sí b) No																										
11. ¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa al alta hospitalaria?	a) Sí b) No																										
12. El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No																										
13. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (ingesta, rehabilitación) por no poder pagarlos?	a) Sí b) No (no cobran / no tengo que pagarlos)																										
14. ¿En algún momento dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlos?	a) Sí b) No / No le recetaron medicamentos c) No le recetaron medicamentos																										
15. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí b) No																										
16. Durante su visita a este establecimiento, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 16.1) b) No (pasar a la pregunta 17)																										
16.1. ¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No																										
17. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho)																										

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional _____ Nombre y firma de la persona responsable del Establecimiento _____

Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EM) _____ 140 encuestas para MI en Unidad Urbana
 Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa (CE) = $\frac{EM}{EM + CE + AU}$ 96 encuestas para MI en Unidad Rural
 Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____ 140 encuestas para AC en Unidad Urbana
 Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____ 24 encuestas para AC en Unidad Rural

Figura 2. Página 2 de la Encuesta de Satisfacción
Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

Adicionalmente, en la página 2 se describe un formulario que podría ser de utilidad para calcular cuántas personas, por servicio, deben ser encuestadas.

En la **Sección I: Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM)**, se deben registrar los datos generales que permiten identificar en qué Hospital se lleva a cabo la encuesta, por favor escriba los datos con letra legible, de molde y no deje espacios sin llenar.

El objetivo de esta sección, es tener datos que permitan reconocer la unidad médica y sus características.

En caso de no conocer alguno de ellos, lo puede preguntar a la persona responsable del EAM.

En la **Sección II: Datos de la persona entrevistada**, se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, institución, la edad 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). Es importante mencionar que estos datos son para fines estadísticos y de control de las muestras, por lo que no se manejan datos personales, como nombre, ocupación, ingresos, etc.

En la **Sección III: Preguntas**, para llenar esta parte de la encuesta se requiere que el Monitor Ciudadano (Aval Ciudadano) o Monitor Institucional pregunte directamente a las y los pacientes o bien, en caso de que éste no pueda contestar, será 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 él o la paciente recibió durante su visita a la unidad.

La **Sección IV: Firmas**, deberá firmar tanto el Monitor Ciudadano o Institucional como la persona Responsable del EAM, esto a fin de validar la información registrada en el documento.

Cálculo de la Muestra: (Detalles más adelante en este instructivo).

Llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

Preguntas **Opciones de respuestas** **Respuestas por paciente**

Sección I Datos del establecimiento para la Atención

Nombre del establecimiento: _____ Institución: _____
 Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
 Fecha: _____ Atendido a reportar: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre
 En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por: El Paciente Ciudadano (AC) El Monitor Institucional (MI)
 Cada columna corresponde a una persona entrevistada. Marque con una "x" la opción que corresponde a la respuesta.

Sección II Datos de la persona entrevistada

Edad: _____ Sexo: _____ Turno de atención: _____
 Institución que proporciona la atención médica (Tipo de Seguridad Social): _____
 La persona entrevistada en: _____
 Edad de la persona entrevistada: _____

Sección III Preguntas

1. (Durante su visita al establecimiento le atendieron con respeto) _____
 1.1. Seleccione el personal que NO le atendió con respeto: _____
 2. (Tiene alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica? (Puede marcar más de una respuesta)) _____
 3. (Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones? (Puede marcar más de una respuesta)) _____
 4. (Tiene algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeles por lo que será difícil que lo atiendan a día de hoy? (Puede marcar más de una respuesta)) _____
 5. Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo? _____

Respuestas de la persona entrevistada

1. Si (responda a la pregunta 2)
 Ninguna
 Personal Médico (Fisiólogo, Nutriólogo, Químico, etc.)
 Personal de Enfermería
 Personal de Recepción
 Personal de Archivo Clínico
 Personal de Trabajo Social
 Personal de Laboratorio
 Personal de Rayos X
 Personal de Farmacia
 Personal de Cuidado
 Personal de Vigilancia
 Personal del Módulo de Atención y Orientación
 Personal de Registro de Derechos
 Personal del Módulo de Incapacidades
 Personal de Limpieza
 Ninguna

2. Distancia / Tiempo de traslado (Externa de traslado) / Tiempo de traslado mayor de 1 hora.
 Transporte (Falta de rutas, mal estado del camino, etc.)
 Personal de transporte (Dificultad para salir de la ciudad o el cuidado de hijos/familiares como se acompañamos)
 Ninguna

3. Si, discapacidad física, visual, auditiva, intelectual, etc.
 Si, no sé leer ni escribir.
 Si, falta de atención.
 Otro

4. Si, problemas con el expediente clínico (he lo solicitaba, estaba incompleto o duplicado, etc.)
 Si, muchos requisitos (se pidieron copias, CURP o documentos que no traía, etc.)
 Si, problemas para confirmar la vigencia o validez, etc.
 Otro

5. Si
 No

Figura 3. Disposición de columnas (preguntas y opciones de respuesta)

La encuesta tiene un formato vertical, es decir, las preguntas se leen de arriba hacia abajo, empezando con los datos de la persona entrevistada y terminando con las preguntas.

Como podrá ver en la figura 3, existen varias columnas, la primera es la de preguntas, durante la entrevista por favor lea tal cual está escrita la pregunta, seguido de las opciones de respuesta (tal como aparecen en la segunda columna), finalmente registre la respuesta en las casillas siguientes con una palomita (✓).

Este formato tiene 25 columnas, cada una representa una persona entrevistada (paciente o acompañante), es decir, se podrán realizar hasta 25 encuestas, por favor utilice el número de hojas que sean necesarias para completar la muestra.

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (EAM):

SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		HOSPITALIZACIÓN
Sección I Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM)		
Nombre del Establecimiento: _____		Formato FI/II HOSP-E
Entidad Federativa: _____	Municipio: _____	CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____
Fecha: _____	Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre	Area: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)		
INSTRUCCIONES: 1. Cada columna representa a una persona entrevistada. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta. 2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.		


- Nombre del Establecimiento para la atención Médica (EAM):** Escriba el nombre completo del establecimiento (Hospital) donde está haciendo la encuesta tal como aparece en el registro de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

La persona Responsable de la Unidad, le indicará cuál es el nombre completo del EAM.
- CLUES del Establecimiento:** Solicite a la persona Responsable del Establecimiento que le proporcione la clave CLUES y regístrela en la línea correspondiente.
- Institución:** Escriba el nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento, pueden ser: SS (Secretaría de Salud), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o bien, si pertenece a otra Institución, regístrela.
- Entidad Federativa:** Escriba el nombre de la Entidad Federativa a la que pertenece la unidad médica.
- Municipio:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicado el EAM.
- Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicado el EAM.
- Fecha:** por favor escriba el día, mes y año en que realizó la encuesta.
- Periodo a reportar:** marque con una palomita (☒) el cuatrimestre que está evaluando, estos pueden ser de enero a abril, de mayo a agosto o bien de septiembre a diciembre.
- Área:** Marque con una palomita (☒) si el EAM se encuentra ubicada en área rural (campo) o urbana (ciudad).

- **En este formato se va a completar la información de las personas usuarias encuestadas por:** Marque con una palomita (☒) si el formato es aplicado por el Aval Ciudadano o por el personal del establecimiento.

Por ejemplo: si el Monitor Ciudadano (Aval Ciudadano) está aplicando la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en el servicio de Hospitalización del Hospital General Córdoba Yanga, en la Ciudad de Córdoba, Municipio de Córdoba, en el Estado de Veracruz Ignacio de la Llave, este hospital pertenece a la Secretaría de Salud y su CLUES es VZSSA001355.

Esta primera sección irá de la siguiente manera:



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

HOSPITALIZACIÓN

Sección I Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM) **Formato FI/II HOSP-E**

Nombre del Establecimiento: Hospital General Córdoba Yanga CLUES del Establecimiento: VZSSA001355 Institución: Secretaría de Salud

Entidad Federativa: Veracruz Localidad: Córdoba Area: ☐ Rural ☒ Urbano

Fecha: 24/mayo/2025 Periodo a reportar: ☒ Enero - Abril ☐ Mayo - Agosto ☐ Septiembre - Diciembre

En este formulario se completará la información de las personas encuestadas por: ☒ El Aval Ciudadano (AC) ☐ El Monitor Institucional (MI)

INSTRUCCIONES:

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

II. DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA

[illegible]

Por favor marque con una ☒ la opción de respuesta que corresponda a la persona entrevistada.

Recuerde que la persona entrevistada puede ser el/la paciente o su acompañante (familiar, vecino, esposa, esposo, etc.).



- **Turno de atención:** Marque con una palomita (☑) la opción indicada de acuerdo al turno en el que aplicó la encuesta:
 - a) para el turno matutino (mañana).
 - b) para el turno vespertino (tarde).
 - c) para el turno nocturno (noche).
 - d) para la jornada especial (fines de semana o días festivos).
- **Sexo de la persona entrevistada:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda el sexo de la persona entrevistada:
 - a) para mujer.
 - b) para hombre.
- **Institución que proporciona la atención médica:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda a la institución que proporciona la atención médica a él o la paciente:
 - a) **SSA**, en el caso de que cuente con Secretaría de Salud,
 - b) **IMSS**, si cuenta con IMSS en régimen ordinario,
 - c) **SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar)**, si cuenta con Servicios de Salud IMSS BIENESTAR
 - d) **ISSSTE**, si cuenta con Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - e) **DEFENSA**, si cuenta con Secretaría de la Defensa Nacional
 - f) **MARINA**, si cuenta con Secretaria de la Marina
 - g) **PEMEX**, si cuenta con Petróleos Mexicanos
 - h) **SN-DIF**, si cuenta con Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
 - i) **Otro**, en el caso de contar con otro tipo de seguridad social.
- **La persona entrevistada es:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda si la persona entrevistada es:
 - a) **Paciente**, si es paciente.
 - b) **Acompañante**, si es acompañante (madre, padre, hermano, esposa, esposo, amigo, etc.).



- **Edad de la persona entrevistada:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda:
 - 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 II Datos de la persona entrevistada		1
Turno de atención:	a) Matutino	☑
	b) Vespertino	
	c) Nocturno	
	d) Jornada Especial	
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer	
	b) Hombre	☑
Institución que proporciona la atención médica (Tipo de Seguridad Social):	a) SSA	☑
	b) IMSS	
	c) SS-IMSS-B (IMSS-BIENESTAR)	
	d) ISSSTE	
	e) DEFENSA	
	f) MARINA	
	g) PEMEX	
	h) SN-DIF	
La persona entrevistada es:	i) Otro	
	a) Paciente	☑
Edad de la persona entrevistada:	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	

Por ejemplo:

La segunda sección irá de la siguiente manera:

Se encuestó a un paciente en turno matutino (pregunta “turno de atención”, opción a).

El paciente encuestado fue un hombre (pregunta “sexo”, opción b).

Que tenía Secretaría de Salud (pregunta “tipo de Seguridad Social”, opción a).

Él recibió la atención (pregunta “La persona entrevistada es”, opción a).

Y tenía 50 años de edad (pregunta “edad de la persona entrevistada”, opción d).

III. PREGUNTAS:

Sección III Preguntas		Respuestas de la persona entrevistada	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 al establecimiento le 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 le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra 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 Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo de Atención y Orientación l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza																										
2	¿Tuvo alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica? (Puede marcar más de una respuesta)	a) Ninguna b) Distancia / Tiempo de traslado (Lejanía de la unidad/Tiempo de traslado mayor de 1 hora). c) Transporte (Falta de rutas, mal estado del camino, costo del pasaje). d) Personales o laborales (Dificultad para salir del trabajo/dejar el cuidado de hijos/familiares/no contar con acompañante).																										
3	¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones? (Puede marcar más de una respuesta)	a) Ninguna. b) Sí, no hablo español. c) Sí, discapacidad (Física, visual, auditiva o intelectual). d) Sí, no sé leer ni escribir. e) Sí, sufro violencia. f) Otra																										
4	¿Tuvo algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeleo por lo que será difícil que lo atiendan el día de hoy? (Puede marcar más de una respuesta)	a) No b) Sí, problemas con el expediente clínico (No lo encontraban, estaba incompleto o duplicado, etc.). c) Sí, muchos requisitos (Le pidieron copias, CURP o documentos que no traía, etc.). d) Sí, Problemas para confirmar la vigencia o afiliación, etc. e) Otra																										
5	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí b) No																										



Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	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
6	¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí																									
		b) No																									
		c) No requiero interconsulta																									
7	¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que estuvo hospitalizado?	a) Sí																									
		b) No																									
8	¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí																									
		b) No																									
9	En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesitó																									
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compró																									
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar																									
10	¿Entendió usted como le administran los medicamentos?	a) Sí																									
		b) No																									
11	¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa al alta hospitalaria?	a) Sí																									
		b) No																									
12	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí																									
		b) No																									
13	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí																									
		b) No (no cobran / no tengo que pagarlos)																									
14	¿En algún momento dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí																									
		b) No / No le recetaron medicamentos																									
		c) No le recetaron medicamentos																									
15	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí																									
		b) No																									
16	Durante su visita a este establecimiento, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 16.1)																									
		b) No (pasar a la pregunta 17)																									
16.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí																									
		b) No																									
17	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																									
		b) Regular (más o menos satisfecho)																									
		c) Nada (Insatisfecho)																									

Página 2: Preguntas 6 a 17

Al igual que en la sección previa, marque con una palomita (☑) la opción de respuestas que haya elegido la persona entrevistada.

1. ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto? Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:

- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
- b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".

Si la persona entrevistada contestó la opción "NO", aplique la pregunta 1.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 2.

1.1. Seleccione el personal que NO le atendió con respeto: Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada del personal que no le atendió con respeto:

- a) Personal Médico/Psicólogo/Nutriólogo/Dentista/Psiquiatra.
- 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 Caja.
- j) Personal de Vigilancia.
- k) Personal del Módulo de Atención y Orientación.
- l) Personal de Vigencia de Derechos.
- m) Personal de Módulo de Incapacidades.
- n) Personal de limpieza.

2. ¿Tuvo alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica? Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada (Puede escoger más de una respuesta):

- a) **Ninguna**, en caso de no presentar alguna dificultad para llegar al establecimiento o,
- b) **Distancia / Tiempo de traslado**, en caso de presentar una dificultad que involucre; Lejanía de la unidad/Tiempo de traslado mayor de 1 hora o,
- c) **Transporte**, en caso de presentar alguna dificultad por falta de rutas, mal estado del camino, costo del pasaje o,
- d) **Personales o laborales**, en caso de presentar dificultades para salir del trabajo/dejar el cuidado de hijos/familiares/no contar con acompañante.

3. **¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada (Puede escoger más de una respuesta):

- a) **Ninguna**, en caso de no presentar ninguna condición que le permita recibir atención médica o entender las indicaciones o,
- b) **Sí, no hablo español**, en caso de no hablar español o,
- c) **Sí, discapacidad**, en caso de presentar una discapacidad física, visual, auditiva o intelectual o,
- d) **Sí, no sé leer ni escribir**, en caso de no saber leer o escribir o,
- e) **Sí, sufro violencia**, en caso de sufrir violencia o,
- f) **Otra**, en caso de que su condición no se presente en las opciones anteriores

4. **¿Tuvo algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeleo por lo que será difícil que lo atiendan el día de hoy?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada (Puede escoger más de una respuesta):

- g) **No**, en caso de no presentar ningún problema con trámites, requisitos o papeleo o,
- h) **Sí**, en caso de presentar problemas con el expediente clínico (No lo encontraban, estaba incompleto o duplicado, etc.) o,
- i) **Sí**, en caso de presentar problemas con muchos requisitos (Le pidieron copias, CURP o documentos que no traía, etc.) o,
- j) **Sí**, en caso de presentar problemas para confirmar la vigencia o afiliación o,
- k) **Otra**, en caso de que no se encuentre en las opciones anteriores la problemática que haya pasado

5. **Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:

- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "SÍ" o,
- b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".



6. **¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "SÍ" o,
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO" o,
 - c) **No requiero interconsulta**, en caso de que el paciente que esté hospitalizado no haya requerido interconsulta.
7. **¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "SÍ" o,
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".
8. **¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "SÍ" o,
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO" o.
9. **En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Le dieron todos los que necesito**, en caso de que haya recibido todos los medicamentos que necesito o,
 - b) **Le pidieron comprar alguno y lo compró**, en caso de que le pidieran comprar algún medicamento y lo compró o,
 - c) **No le recetaron medicamentos**, en caso de que no le hayan recetado medicamentos.
10. **¿Entendió usted como le administran los medicamentos?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "SÍ" o
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO" o,



- 11. ¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa al alta hospitalaria?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".
- 12. El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
 - b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".
- 13. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
 - b) **No (no cobran / no tengo que pagarlos)**, en caso de que haya respondido "NO" en caso de que al paciente no se le haya cobrado sus estudios o tratamiento.
- 14. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
 - b) **No / No le recetaron medicamentos**, en caso de que haya respondido "NO".
- 15. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:
- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
 - c) **No**, en caso de que haya respondido "NO".



16. Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor? Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:

- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
- b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".

Si la persona entrevistada contestó la opción "Sí", aplique la pregunta 16.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 17.

16.1. ¿Su dolor fue atendido? Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado

- a) **Sí**, en caso de que haya respondido "Sí" o,
- b) **No**, en caso de que haya respondido "NO".

17. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención recibida? Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado la persona entrevistada:

- a) **Mucho (Satisfecho)**, en caso de que haya respondido "mucho" o,
- b) **Regular (Más o menos satisfecho)**, en caso de que haya respondido "regular" o,
- c) **Nada (Insatisfecho)**, en caso de que haya respondido "nada".

Por ejemplo:

La tercera sección irá de la siguiente manera:

La tercera sección irá de la siguiente manera:

La persona encuestada contestó que sí lo habían atendido con respeto (pregunta 1, opción a) por lo que se omite la pregunta 1.1.

La persona encuestada contestó que tuvo problemas con el transporte para llegar al EAM (pregunta 2, opción c).

La persona encuestada contestó que no tiene ninguna condición que le permita recibir la atención médica (pregunta 3, opción a).

La persona encuestada contestó que no tuvo ningún problema con los trámites p requisitos, por lo que recibió la atención sin problemas (pregunta 4, opción a).

La persona entrevistada indico que fue atendido en el momento que lo solicito (pregunta 5, opción a).

Sección III	Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1
1	¿Durante su visita al establecimiento le 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 le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra 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 Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo de Atención y Orientación l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de limpieza	
2	¿Tuvo alguna dificultad para poder llegar hoy a este establecimiento para la atención médica? (Puede marcar más de una respuesta)	a) Ninguna b) Distancia / Tiempo de traslado (Lejanía de la unidad/Tiempo de traslado mayor de 1 hora). c) Transporte (Falta de rutas, mal estado del camino, costo del pasaje). d) Personales o laborales (Dificultad para salir del trabajo/dejar el cuidado de hijos/familiares/no contar con acompañante).	✓
3	¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que no le permita recibir atención médica o entender las indicaciones? (Puede marcar más de una respuesta)	a) Ninguna. b) Sí, no hablo español. c) Sí, discapacidad (Física, visual, auditiva o intelectual). d) Sí, no sé leer ni escribir. e) Sí, sufro violencia. f) Otra	✓
4	¿Tuvo algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeleo por lo que será difícil que lo atiendan el día de hoy? (Puede marcar más de una respuesta)	a) No b) Sí, problemas con el expediente clínico (No lo encontraban, estaba incompleto o duplicado, etc.). c) Sí, muchos requisitos (Le pidieron copias, CURP o documentos que no traía, etc.). d) Sí, Problemas para confirmar la vigencia o afiliación, etc. e) Otra	✓
5	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí b) No	✓

Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1
6 ¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí	
	b) No	
	c) No requiero interconsulta	✓
7 ¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que estuvo hospitalizado?	a) Sí	✓
	b) No	
8 ¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí	✓
	b) No	
9 En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesitó	✓
	b) Le pidieron comprar alguno y lo compró	
	c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar	
10 ¿Entendió usted como le administran los medicamentos	a) Sí	✓
	b) No	
11 ¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa al alta hospitalaria?	a) Sí	✓
	b) No	
12 El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí	
	b) No	✓
13 ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí	
	b) No (no cobran / no tengo que pagarlos)	✓
14 ¿En algún momento dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí	
	b) No / No le recetaron medicamentos	✓
15 ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí	✓
	b) No	
16 Durante su visita a este establecimiento, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 16.1)	
	b) No (pasar a la pregunta 17)	✓
16.1 ¿Su dolor fue atendido?	a) Sí	
	b) No	
17 ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?	a) Mucho (Satisfecho)	✓
	b) Regular (más o menos satisfecho)	
	c) Nada (Insatisfecho)	

En este mismo ejemplo, el/la paciente contestó de la siguiente manera:

El/la paciente no requirió de interconsulta (pregunta 6, opción c).

El(la) médico(a) sí le dio la oportunidad de preguntar sus preocupaciones de salud (pregunta 7, opción a).

El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender (pregunta 8, opción a).

El/la paciente mencionó que le dieron todos los medicamentos durante su hospitalización. (pregunta 9 opción a). Así mismo, menciona que entendió como es que le administraron los medicamentos (pregunta 10, opción a). Y le indicaron cuidados que deberá seguir en su casa y los entendió (pregunta 11, opción a).

El(la) médico(a) al indicarle el tratamiento no consideró sus preocupaciones (pregunta 12, opción b).

El/la no dejó de realizarse estudios por no poder pagarlos (pregunta 13, opción b).

El/la paciente en ningún momento ha dejado de tomar medicamentos por no poder pagarlos (pregunta 14, opción b).

El/la paciente considera que el tiempo que pasó el(la) médico(a) con él fue suficiente (pregunta 15, opción a).

Durante su visita, el/la paciente no tuvo dolor (pregunta 16, opción b). Omite la pregunta 16.1.

Finalmente, el/la paciente contesta que está satisfecho con la calidad de la atención (pregunta 17, opción a).

NOTA: Al finalizar de aplicar las 25 entrevistas del formato, en cada una de las columnas, ubique la casilla "Total" y sume de manera horizontal (de lado a lado) el total de palomitas (☑) y coloque la cifra correspondiente en cada casilla. Esta cifra será la misma que coloque en el formato de concentrados.

IV. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ENTREVISTADORA Y DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Sección IV FIRMAS	
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional	Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento

Una vez que haya finalizado la aplicación de las encuestas, coloque su nombre y firma en el espacio correspondiente y solicite al Responsable de la Unidad Médica que coloque su nombre y firma en la línea indicada para ello.

V. TAMAÑO DE MUESTRA Y PROPORCIÓN

Al final de la segunda página hay un cuadro que busca facilitar el cálculo del total de personas que se deberán encuestar. No es parte de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

En este apartado, se observan varias líneas que podrán ser llenadas por la persona Responsable del Establecimiento

- Total, de egresos hospitalarios.
- Total, de consultas externas otorgadas.
- Total, de altas de urgencias.

Para el caso de unidades de Consulta Externa de Primer Nivel no aplica efectuar alguna operación, para unidades de Consulta Externa en Segundo Nivel el cálculo de la proporción de sujetos a encuestar se realiza de la siguiente manera:

Por ejemplo:

Caso 1

Dado que la UMR Los Naranjos solo tiene consulta externa, el número de encuestas que tendrá que aplicar el Aval Ciudadano siempre será de 36 por cuatrimestre. Por su parte, el número de encuestas que tendrá que aplicar el Monitor Institucional siempre será de 96 por cuatrimestre ya que, como se mencionó antes, no cuenta con servicios de Urgencias ni Hospitalización.

Caso 2

Si en el Hospital General Tercer Milenio, en el cuatrimestre previo hubo 1250 egresos hospitalarios, 1637 Consultas Externas y 1150 altas del servicio de Urgencias se debe realizar el cálculo:

$$1637 / (1250+1637+1150) = 0.4055$$

Dado que la encuesta la aplicará en una unidad urbana, para obtener el total de encuestas a aplicar tanto por el Aval Ciudadano como por el Monitor Institucional se multiplica por 140:

$$0.4055 \times 140 = 56.77$$

*Es decir, que tanto el Aval Ciudadano como el Monitor Institucional deberán aplicar la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno a 57 **personas durante el cuatrimestre**.*

Nota: En caso de que el Hospital donde se esté aplicando la encuesta sea rural, se deberá multiplicar por 96 (para calcular el total de encuestas que aplicará el Monitor Institucional) o por 36 (para aquellas que aplique el Aval Ciudadano).

Es importante resaltar que el **Monitor Institucional** cada cuatrimestre aplicará 140 encuestas en unidades urbanas y 96 encuestas en unidades rurales, y el **Aval Ciudadano** cada cuatrimestre aplicará 140 encuestas en unidades urbanas y 36 en unidades rurales.

El cálculo de la proporción en cada área será considerando el total de encuestas a aplicar en la unidad, en este ejemplo la muestra se distribuye de la siguiente manera:

Área	Cálculo de proporción		Redondeo
Hospitalización	$1250 / (1250+1637+1150) = 0.3096$	$0.3096 \times 140 = 43.3490$	43
Consulta Externa	$1637 / (1250+1637+1150) = 0.4054$	$0.4054 \times 140 = 56.7698$	57
Urgencias	$1150 / (1250+1637+1150) = 0.2848$	$0.2848 \times 140 = 39.8810$	40
Total			140