



INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS

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 Urgencias.

Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias

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

- I. Datos del Establecimiento
- II. Datos del entrevistado
- III. Preguntas (primera parte)

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

Formato F/II USC-E

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

Sección II: Datos del entrevistado

Sección III: Preguntas (primera parte)

Figura 1: Pagina 1 de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias



En la segunda página (ver figura 2) continúa la sección de:

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(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta? | a) 0 - 15 min b) 16 - 30 min c) 31 - 45 min d) Más de 45 min e) No contestó | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. ¿(El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. ¿(El(a) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender? | a) Le dieron todos los que le necesitaron b) Le faltó alguno(s) de los que le necesitaron | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos? | a) Sí b) No c) No le mandaron medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. ¿(El(a) médico(a) al decidir su tratamiento, tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. ¿En algún momento dejó de realizar estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlos? | a) Sí b) No / No cobran o no tengo que pagarlos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlos? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Considera que el(los) médico(s) pasó(n) suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Durante su visita al servicio de urgencias, ¿pudo dormir? | a) Sí (pasar a la pregunta 15.1) b) No (pasar a la pregunta 16) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15.1. Durante su visita al servicio de urgencias, ¿pudo dormir? | a) Sí b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida? | a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sección IV: Firmas

Nombre y firma del Anal Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento

Cálculo de la muestra

Total de egresos Hospitalarios (Variable Barmada = BH) _____

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

Total de altas de urgencias (Variable Barmada = AU) _____

proporción de visitas a _____

encuestar del área de consulta externa _____

que se considerará para el cálculo de la muestra

96 encuestas para ME en Unidad Rural

140 encuestas para AC en Unidad Urbana

96 encuestas para AC en Unidad Rural

CE

BH + CE + AU

96 encuestas para AC en Unidad Rural

Figura 2: Página 2 de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias

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**, 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 el EAM y sus características.

En caso de no conocer alguno de ellos, lo puede preguntar al responsable del EAM.



En la **Sección II: Datos de la persona entrevistada**, se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, institución, la edad del entrevistado y si éste es paciente o no, es decir, la persona a la que se le aplica la encuesta puede ser paciente, familiar o acompañante). 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 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 le paciente recibió durante su visita al EAM.

La **Sección IV: Firmas**, deberá firmar tanto el Monitor Ciudadano o Institucional como el 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 Urgencias

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

Sección I

Nombre del establecimiento: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ CLU: _____ Institución: _____

Fecha: _____ Período a reportar: < Enero > Abril > Mayo > Agosto > Septiembre > Diciembre > Año: > Rural > Urbano

En este formato se va a consignar la información de las personas encuestadas por:

1. Cada columna representa una persona entrevistada. Marque con "X" la opción que corresponde a la respuesta.

2. En la última columna, marque el total de las "X" que haya marcado en cada renglón.

INSTRUCCIONES:

Personas entrevistadas

| Personas entrevistadas | 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 estancia/permanencia en el Área de Urgencias lo atendieron con respeto? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Seleccione el personal que NO le atendió con respeto: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Tuvo 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. ¿Tuvo algún problema relacionado con trámites, requisitos o papeles por lo que será difícil que atiendan el día de hoy? (Puede marcar más de una respuesta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿A cuánto tiempo ha a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

La encuesta tiene un formato vertical, es decir, las preguntas se leen de arriba hacia abajo, empezando con los datos del entrevistado 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 (X).

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

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

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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

URGENCIAS

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

Formato FI/II URG-E

Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____

Entidad Federativa: _____ 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 las personas encuestadas por: ☐ El Aval Ciudadano (AC) ☐ 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:** Escriba el nombre completo del establecimiento 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).


El responsable de la unidad, es decir, el Director del Hospital, le indicará cuál es el nombre completo del EAM.
 - **CLUES del Establecimiento:** Solicite al responsable del EAM 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 al que pertenece el EAM.
 - **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 empezó a realizar 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 la unidad se encuentra ubicada en área rural (campo) o urbana (ciudad).

- **En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados 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 Urgencias del Hospital General Tercer Milenio, en la Ciudad de Aguascalientes, Municipio de Aguascalientes, Estado de Aguascalientes, este hospital pertenece a la Secretaría de Salud y su CLUES es ASSSA000030.

Se inició a aplicar la encuesta en día 11 de abril del 2018, por lo tanto el cuatrimestre (periodo) que se está evaluado es de enero a abril.

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 | <div>URGENCIAS</div> |
| Sección I Datos del Establecimiento para la Atención Médica (EAM) | | Formato FI/II URG-E |
| Nombre del Establecimiento: Hospital General Tercer Milenio | | CLUES del Establecimiento: ASSSA000030 |
| Entidad Federativa: Aguascalientes | Municipio: Aguascalientes | Institución: Secretaria de Salud |
| Fecha: 24/julio/2025 | Periodo a reportar: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre | Area: <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano |
| En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por: <input checked="" type="checkbox"/> 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. | | |

II. DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA

[illegible]

Por favor marque con una ☒ la opción de respuesta que corresponda al entrevistado.

Recuerde que la persona entrevistada puede ser el 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 le 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 del entrevistado.** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda el sexo del entrevistado:
 - a) para mujer,
 - b) para hombre.
- **Institución que proporciona la atención médica.** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda el tipo de seguridad social con la que cuenta el 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 el entrevistado es:
 - a) **Paciente**, si es paciente,
 - b) **Acompañante**, si es acompañante.



- **Edad del entrevistado:** 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 | |
| | i) Otro | |
| | | |
| La persona entrevistada es: | a) Paciente | ☑ |
| | b) Acompañante | |
| Edad de la persona entrevistada: | 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 | |

Página 1. Datos de la persona entrevistada

Por ejemplo:

La segunda sección irá de la siguiente manera si:

Se encuestó a un paciente en un día festivo (pregunta "turno de atención", opción d).

El paciente encuestado fue una mujer (pregunta "sexo", opción a).

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

Ella recibió la atención (pregunta "el entrevistado es", opción a).

Y tenía 43 años de edad (pregunta "edad del entrevistado, opción c).



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 estancia/permanencia en el Área de Urgencias 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 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 | ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento? | 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(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta? | a) 0 - 15 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) 16 - 30 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | c) 31 - 60 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | d) Más de 60 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | e) No contestó | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | ¿El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | ¿El(la) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender? | a) Le dieron todos los que le recetaron | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | c) No le mandaron medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | ¿Entendió usted los cuidados y/o recomendaciones que deberá seguir en su casa? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | El(la) médico(a) al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No / No cobran o no tengo que pagarlo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | ¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor? | a) Sí (pasar a la pregunta 15.1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No (pasar a la pregunta 16) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15.1 | Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor? | a) Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | b) No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | ¿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 16

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

1. ¿Durante su estancia/permanecía en el Área de Urgencias lo atendieron con respeto?

Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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

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



1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con

respeto: Marque con una palomita (☒) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado del personal que no lo atendió con respeto:

- a) Personal Médico/Psicólogo/Nutriólogo/Dentista/Psiquiatría
- 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 de 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. **¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:
- a) Si, en caso de que haya respondido "SI", o
 - b) No, en caso de que haya respondido "NO".



6. **¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:
- a) **0 – 15 min**, si el paciente no esperó más de 15 minutos para ser atendido
 - b) **16 – 30 min**, si el paciente esperó más de 15 pero menos de 30 minutos para ser atendidos
 - c) **31 – 60 min**, si el paciente esperó más de 31 minutos, pero menos de 60 para ser atendidos.
 - d) **Más de 60 min**, si el paciente espero más de una hora para que lo atendieran
 - e) **No contesto**, si el paciente, por cualquier motivo prefirió no contestar a esta pregunta
7. **¿El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:
- a) **Si**, en caso de que haya respondido “SI” 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 el entrevistado:
- a) **Si**, en caso de que haya respondido “SI” o
 - b) **No**, en caso de que haya respondido “NO”.
9. **¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:
- a) **Si**, en caso de que haya respondido “SI” o
 - b) **No**, en caso de que haya respondido “NO”.
 - c) **No le mandaron medicamentos**, en caso de que al paciente no le hayan recetado medicamentos.
10. **¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:
- a) **Si**, en caso de que haya respondido “SI” o
 - b) **No**, en caso de que haya respondido “NO”.



11. 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 el entrevistado:

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

12. ¿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 el entrevistado:

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

13. ¿Dejo de tomar algún medicamento por no poder pagarlo? Marque con una palomita (☒) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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

14. ¿Considera que el(la) médico(a) pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias? Marque con una palomita (☒) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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

15. Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor? Marque con una palomita (☒) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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

Si el entrevistado contestó la opción "SI", aplique la pregunta 15.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 16.

15.1 ¿Su dolor fue atendido? Marque con una palomita (☒) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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



16. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?

Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

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

| Sección III Preguntas | | Respuestas de la persona entrevistada | 1 |
|-----------------------|--|---|---|
| 1 | ¿Durante su estancia/permanencia en el Área de Urgencias 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 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 Vigilancia 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 | ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento? | a) Sí b) No | ☑ |

Por ejemplo:

La tercera sección irá de la siguiente manera si:

El paciente encuestado 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 no tuvo ningún problema o dificultad para llegar al EAM (pregunta 2, opción a).

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 tramites p requisitos, por lo que recibió la atención sin problemas (pregunta 4, opción a).

De igual forma el paciente contestó que si le habían dicho cuánto tiempo iba a esperar (pregunta 5, opción a).



| Preguntas | Respuestas de la persona entrevistada | 1 |
|-----------|---|---|
| 6 | a) 0 - 15 min | |
| | b) 16 - 30 min | ✓ |
| | c) 31 - 60 min | |
| | d) Más de 60 min | |
| | e) No contestó | |
| 7 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 8 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 9 | a) Sí | |
| | b) No | |
| | c) No le mandaron medicamentos | ✓ |
| 10 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 11 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 12 | a) Sí | |
| | b) No / No cobran o no tengo que pagarlos | ✓ |
| 13 | a) Sí | |
| | b) No | ✓ |
| 14 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 15 | a) Sí (pasar a la pregunta 15.1) | ✓ |
| | b) No (pasar a la pregunta 16) | |
| 15.1 | a) Sí | ✓ |
| | b) No | |
| 16 | a) Mucho (Satisfecho) | ✓ |
| | b) Regular (más o menos satisfecho) | |
| | c) Nada (Insatisfecho) | |

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

Tardó 20 minutos aproximadamente en que la atendieran (pregunta 6, opción b).

El médico sí le dio la oportunidad de preguntar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a consulta (pregunta 7, opción a).

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

No le mandaron medicamentos (pregunta 9, opción c), pero si le indicaron cuidados que deberá seguir en su casa y los entendió (pregunta 10, opción a).

El médico al indicarle el tratamiento considero las preocupaciones del paciente (pregunta 11, opción a).

La paciente no dejó de realizarse estudios (pregunta 12, opción b).

La paciente no dejó de tomar medicamentos (pregunta 13, opción b).

La paciente considera que el tiempo que pasó el médico con ella fue el suficiente (pregunta 14, opción a).

Durante su visita al hospital, la paciente sí tuvo dolor y fue atendido (pregunta 15, opción a, y pregunta 15.1, opción a).

Finalmente, el paciente contesta que está satisfecho con la calidad de la atención (pregunta 16, 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 palomita (☑) y coloque la cifra correspondiente en cada casilla. Esta cifra será la misma que coloque en el formato de concentrados.

IV. NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR Y DEL 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 pacientes que se deberán encuestar. No es parte de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno. En este apartado, se observan varias líneas de podrán ser llenadas por el Responsable del Establecimiento

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---------|
| • Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____ | | | 140 encuestas para MI en Unidad Urbana ó 96 encuestas para MI en Unidad Rural | |
| • Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____ | Proporción de sujetos a encuestar del área de urgencias | = | $\frac{AU}{(EH + CE + AU)}$ x | |
| • Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____ | | | 140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 36 encuestas para AC en Unidad Rural | = _____ |
| * MI: Monitor Institucional *AC: Aval Ciudadano | | | | |



El cálculo de la proporción de sujetos a encuestar en el área de Urgencias se realiza de la siguiente manera:

Por Ejemplo

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:

$$1150 / (1250+1637+1150) = 0.2848$$

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:

$$0.2848 \times 140 = 39.872$$

*Es decir, que tanto el Aval Ciudadano como el Monitor Institucional deberán aplicar la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno a 40 **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:

| Area | 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 |