

ENCUESTA “LA VOZ DE LAS Y LOS AVALES CIUDADANOS” 2026- 2027

Introducción

Estimado(a) Aval Ciudadano

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), le invita a participar en la Encuesta “La Voz de las y los Avaless Ciudadanos” cuyo objetivo es el de conocer la opinión de las y los Avaless Ciudadanos sobre sus actividades para la mejora continua del mecanismo, así como fortalecer la figura del Aval Ciudadano en la promoción de una atención centrada en la persona. A través de su valiosa participación, buscamos consolidar los derechos y responsabilidades de los pacientes y sus familiares, el trato adecuado y digno, la satisfacción de las personas usuarias, familias y comunidades con los servicios recibidos y la transparencia en las instituciones de salud del país.

La Encuesta “La Voz de las y los Avaless Ciudadanos” se aplica a las agrupaciones, asociaciones, instituciones académicas y personas que a título individual colaboran en las Establecimientos para la Atención Médica (EAM), en las Jurisdicciones/Distritos de Salud y/o a nivel Estatal como Avaless Ciudadanos, como un instrumento para conocer la percepción de las y los Avaless Ciudadanos acerca de su participación en las Instituciones del Sector Salud.

Para la realización de la Encuesta se requiere de su atención por un periodo aproximado de 10 minutos. Se solicita amablemente conteste de la manera más honesta posible y de acuerdo a sus opiniones y experiencia como Aval Ciudadano.

Sección 1. Declaración de confidencialidad y consentimiento bajo información para la participación en la Encuesta

La información que proporcione será manejada con la más estricta confidencialidad y se utilizará exclusivamente con fines estadísticos y de mejora continua para el mecanismo del Aval Ciudadano. Los datos obtenidos serán resguardados por la Institución en la que participa, garantizando que sus datos personales serán tratados de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos. Si acepta participar, le agradecemos continuar con el llenado de la encuesta.

¡Muchas gracias por su participación!

Sección 2. Datos generales del Establecimiento y del Aval Ciudadano

2.1 Entidad Federativa:	2.2 Delegación / Jurisdicción/ Distrito:
2.3 Municipio:	2.4 Localidad:
2.5 CLUES:	
2.6 Nombre del Establecimiento para la Atención Médica en la que se desempeña como Aval Ciudadano:	

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

2.7 Institución en la que participa

Secretaría de Salud en el Estado (SESA)	ISSSTE	SEDENA	Programa IMSS-BIENESTAR		Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR	SEMAR	SNDIF
	CCINSHAE	Cruz Roja Mexicana	CONASAMA	Hospitales Universitarios	PEMEX	Otro	

2.8 Cobertura del Aval que representa

Estatul	Jurisdicción/ Distrito de Salud/ Región Operativa	Municipal	Local
---------	---	-----------	-------

2.9 Área

Rural	Urbana
-------	--------

2.10 Año en que inició funciones como Aval Ciudadano

2.11 Género

Hombre	Mujer	No Especificado
--------	-------	-----------------

2.12 Tipo de Aval

Organización de la Sociedad Civil *	Instituciones Educativas	Agrupación local, grupos y asociaciones	Ciudadanas y ciudadanos a título individual
-------------------------------------	--------------------------	---	---

**Asociación Civil (A.C.) Institución de Asistencia privada (I.A.P.) Sociedad Civil (S.C.) Organización no gubernamental (O.N.G.)*

2.13 En caso de pertenecer a una Organización, Agrupación o Institución Académica, escriba el nombre de la misma:

2.14 Nombre completo del Aval Ciudadano (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):

Sección 3. Escolaridad de la o el Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

3.1 Escolaridad

Primaria completa	Secundaria completa	Bachillerato Completo	Licenciatura completa	Posgrado completo	
Primaria incompleta	Secundaria incompleta	Bachillerato incompleto	Licenciatura incompleta	Posgrado incompleto	N / A

Sección 4. Capacitación recibida de la o el Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

4.1 ¿Recibió capacitación sobre las actividades del Aval Ciudadano?

Sí	No
----	----

4.2 En caso de que la respuesta sea Sí ¿Cuántas capacitaciones recibió?

1 a 3 capacitaciones	4 a 6 capacitaciones	Mayor o igual 7 capacitaciones
----------------------	----------------------	--------------------------------

4.3 ¿Cuándo fue la última vez que recibió capacitación?

Menor a tres meses	Entre 3 a 6 meses	Mayor a 6 meses y menor a 1 año	Mayor o igual a 1 año	No he recibido capacitación
--------------------	-------------------	---------------------------------	-----------------------	-----------------------------

Sección 5. Gestión de la o el Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

5.1 Durante sus visitas al Establecimiento para la Atención Médica, ¿las y los usuarios le manifestaron sus quejas sobre la atención otorgada?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
---------	--------------	---------	-------

5.2 ¿Durante sus visitas, orientó a las y a los usuarios para que utilizaran el buzón del Sistema Unificado de Gestión o sistema equivalente, para que formulen sus quejas o sugerencias ante las autoridades del Establecimiento para la Atención Médica?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
---------	--------------	---------	-------

5.3 ¿El responsable del Establecimiento para la Atención Médica le proporcionó algún espacio definido para difundir la información derivada del resultado de sus visitas?

Sí	No
----	----

5.4 En caso de que no le hayan proporcionado un espacio para difundir sus resultados, ¿Cuál fue el motivo?

Falta de espacio físico	Negativa de la autoridad del Establecimiento	No lo solicitó
-------------------------	--	----------------

5.5. ¿Tuvo contacto con la o el Gestor de Calidad de su Establecimiento para la Atención Médica o con el personal del Área de Calidad de la Jurisdicción/ Distrito de Salud/ Región Operativa?

Sí	No	No hay gestor en la Unidad
----	----	----------------------------

5.6 ¿Recibió apoyo por parte del Gestor de Calidad o del Responsable del Establecimiento para la Atención Médica para desarrollar sus actividades?

Sí	No
----	----

5.7 ¿Le informaron de los Planes de Mejora Continua que tiene el Establecimiento para la Atención Médica en la que usted participa como Aval Ciudadano?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
---------	--------------	---------	-------

5.8 ¿Durante sus monitoreos ciudadanos, difundió y explicó a las y los pacientes y a sus familiares los Derechos Generales de los Pacientes?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
---------	--------------	---------	-------

5.9 ¿Durante sus monitoreos ciudadanos, difundió y explicó a las y los pacientes y a sus familiares las Responsabilidades de los Pacientes?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
---------	--------------	---------	-------

5.10 ¿A cuál de los siguientes Comités de Calidad fue invitado a participar como Aval Ciudadano en el año 2025?

Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS)	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o Comité equivalente	A los dos anteriores (CECAS y COCASEP)	Otros Comités	No he sido invitado
--	---	--	---------------	---------------------

5.11 ¿Ha presentado sus propuestas de mejora de trato digno que no han sido resueltas en su Establecimiento para la Atención Médica en el CECAS o COCASEP/CICASEP?

Sí	No
----	----

5.12 Sus propuestas que no han resuelto mediante la firma de Carta Compromiso, fueron tomadas en cuenta para:

Elaboración del Plan de Mejora Continua	Seguimiento jurisdiccional/ Distrito de Salud	Seguimiento estatal	No se toman en cuenta	No he sido informado
---	---	---------------------	-----------------------	----------------------

Sección 6. Carta Compromiso de la o el Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

6.1 ¿Entregó sus sugerencias de mejora de trato adecuado y digno, a través del Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso) a la Persona Responsable del Establecimiento para la Atención médica?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No sé
---------	--------------	---------	-------	-------

6.2 ¿Firma con la Persona Responsable del Establecimiento para la Atención Médica la Carta Compromiso?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No sé
---------	--------------	---------	-------	-------

6.3 ¿El Establecimiento para Atención Médica le ha dado seguimiento hasta su resolución a los compromisos de mejora plasmados en las Cartas Compromiso entregadas?

Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No sé
---------	--------------	---------	-------	-------

6.4 En caso de que la respuesta sea A veces o Nunca, indique ¿Cuál es el motivo? Si contestó Siempre o Casi siempre, continúe con la pregunta 7.1

Compromisos que no son responsabilidad o atribución de la Unidad	Falta de recursos económicos y materiales	Falta de interés de las personas del Establecimiento para la Atención Médica / directivo
--	---	--

Sección 7. Motivación y Evaluación de la participación como Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

7.1 ¿Qué le motivó a participar como Aval Ciudadano? (En esta pregunta puede marcar una o más opciones si lo considera necesario)

Incrementar la confianza en los servicios de salud	Ayudar a las personas usuarias en la defensa de sus derechos como paciente	Colaborar en la mejora de la calidad de los servicios	Que las personas sean atendidas adecuadamente y con un trato digno
--	--	---	--

7.2 De las opciones siguientes, ¿qué es lo que más le gusta del programa de Aval Ciudadano? (En esta pregunta puede marcar una o más opciones)

Ser vocero o vocera de las personas usuarias de los servicios	Conocer las necesidades de las personas usuarias	Que se toman en cuenta las sugerencias para elaborar la Carta Compromiso	El cumplimiento de los compromisos
Que las y los Avaes Ciudadanos ayudan a mejorar el trato y la calidad de la atención	Se tiene derecho a opinar como ciudadano o ciudadana	Las personas usuarias, familia y comunidad confían en el Aval Ciudadano para representarlos	

7.3 De las opciones, ¿Qué es lo que no le gusta del programa de Aval Ciudadano? (En esta pregunta puede marcar una o más opciones)

No se cumplen los compromisos o no se les da seguimiento	La apatía de la persona usuaria, familia o comunidad	No se toman en cuenta las propuestas del Aval	Mal trato del personal hacia el Aval
No se valora el trabajo del Aval en el Establecimiento para la Atención Médica	Poco interés en el mecanismo del Aval Ciudadano	Falta de capacitación para realizar las funciones	No se advierte mejora de la calidad en la atención al usuario

7.4 De manera general, ¿cómo evalúa usted el mecanismo de Aval Ciudadano?

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	Malo
-----------	-------	---------	------------	------

Sección 8. Sugerencias para mejorar el Mecanismo del Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

8.1 ¿Qué sugiere para mejorar el Mecanismo y reforzar su participación? (En esta pregunta puede marcar una o más opciones)

Apoyo del nivel Estatal para el cumplimiento de las Cartas Compromiso	Capacitación frecuente a las y los Avaes Ciudadanos	Mayor difusión sobre las actividades de las y los Avaes Ciudadanos
Difusión del Mecanismo del Aval Ciudadano a las personas usuarias, familias y comunidad	Compromiso de las y los Responsables de los Establecimientos para la Atención Médica para la rápida resolución de Cartas Compromiso	Participación en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP, CICASEP y en otros comités)

8.2 ¿En qué otra actividad participa/apoya como Aval Ciudadano, que no estén contempladas dentro de las funciones? (En esta pregunta puede marcar una o más opciones si lo considera necesario)

Contraloría Social	Gestión de recursos para la Unidad	Actividades de promoción y educación para la salud	Campañas de vacunación
Planificación y Organización de los servicios	Visitas domiciliarias a personas usuarias	Asambleas o reuniones con otras autoridades	Capacitación a otros Avaes Ciudadanos
Traducción de lenguas indígenas nacionales y sus vertientes	Acompañamiento a personas usuarias y/o familiares		

8.3 Mencione alguna mejora relevante que haya tenido como Aval Ciudadano en donde lo hayan escuchado y se haya mejorado la calidad y el trato a los pacientes (En esta pregunta puede marcar una o más opciones si lo considera necesario)

Trato Adecuado y Digno	Mejora del tiempo de espera	Remodelación o mejora de las instalaciones	Satisfacción de personas usuarias, familiares y comunidad con el servicio recibido
Limpieza y comodidad de las instalaciones	Mayor abasto de medicamentos	Contratación de personal	Compra de equipo
Más información a personas usuarias y familiares	Los usuarios conocen más sus derechos y obligaciones	Mayor empatía y calidad en el servicio	

Sección 9. Recomendación para participar como Aval Ciudadano

De las siguientes opciones de respuesta, marque con una  la opción que corresponda

9.1 ¿Recomendaría usted a otras Asociaciones, Organizaciones, Instituciones Educativas o personas que se integren al Mecanismo de Aval Ciudadano?

Sí	Explique el motivo:
No	Explique el motivo:

Se agradece a usted la información proporcionada. Sus respuestas son fundamentales para la mejora continua del mecanismo del Aval Ciudadano.

¡Gracias por su colaboración!

Dirección General de Calidad y Educación en Salud