

# GUÍA OPERATIVA DE AVAL CIUDADANO



MONITOREO CIUDADANO COMO MÉTODO  
PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA  
EN LA TRANSPARENCIA Y MEJORA  
DE LA CALIDAD DEL TRATO DIGNO

**Directorio**

Dr. José Narro Robles  
**Secretario de Salud**

Dr. José Meljem Moctezuma  
**Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud**

Lic. Marcela Velasco González  
**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Dr. Onofre Muñoz Hernández  
**Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**

Dr. Manuel Mondragón y Kalb  
**Comisionado Nacional contra las Adicciones**

Dr. Jesús Ancer Rodríguez  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos  
**Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Julio Sánchez y Tépoz  
**Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios**

Dr. Antonio Chemor Ruiz  
**Comisionado Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular**

Lic. Máximo Alberto Evia Ramírez  
**Titular del Órgano Interno de Control**

Dr. Ernesto H. Monroy Yurrieta  
**Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social**

Mtro. Gustavo Nicolás Kubli Albertini  
**Titular de la Unidad de Análisis Económico**

Dr. Isidro Ávila Martínez  
**Técnico del Consejo Nacional de Salud**

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez  
**Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos**

Dr. Sebastián García Saisó  
**Director General de Calidad y Educación en Salud**

**Equipo de Desarrollo:**

Dr. Sebastián García Saisó

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

Dra. Odet Sarabia González

**Directora General Adjunta de Calidad en Salud**

Mtro. Israel Zenteno Martínez

**Director de Mejora de Procesos**

Dr. Yefté Efraín Silva López

**Subdirector de Vinculación Ciudadana**

Lic. Lilia Arcelia Tinoco Morales

**Jefa del Departamento de Monitoreo Ciudadano**

Lic. Gabriela Hernández Monroy

Lic. Roberto Granados Cosme

Horacio Rogelio Alvarado Blancas

**Equipo de Aval Ciudadano**

## CONTENIDO

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Marco Jurídico
4. Documentos fundacionales de la Línea de Acción Aval Ciudadano
5. Objetivo de la Guía
6. Ámbito de Acción
7. Definiciones
  - 7.1. Trato Digno
    - 7.1.1. Derechos Generales de los Pacientes
  - 7.2. Participación Ciudadana
    - 7.2.1. Ventajas de la Participación Ciudadana en Salud
  - 7.3. Aval Ciudadano
    - 7.3.1. ¿quiénes pueden ser avales ciudadanos?
    - 7.3.2. Tipos de Aval Ciudadano
    - 7.3.3. Clasificación del Aval Ciudadano
    - 7.3.4. Funciones y responsabilidades
      - 7.3.4.1. Funciones Generales para el Aval Ciudadano
      - 7.3.4.2. Funciones adicionales del Aval Ciudadano Jurisdiccional
      - 7.3.4.3. Funciones adicionales del Aval Ciudadano Estatal, Regional y Delegacional
      - 7.3.4.4. Funciones de los Responsables Estatales o Institucionales de Calidad y de Aval Ciudadano
      - 7.3.4.5. Funciones de los Responsables de las Unidades Médicas y Gestores de Calidad relacionadas con el Aval Ciudadano
      - 7.3.4.6. Supervisión de las Actividades del Aval Ciudadano
    - 7.3.5. Código de Conducta del Aval Ciudadano
8. Selección e Instalación del Aval Ciudadano
  - 8.1. Selección
    - 8.1.1. Criterios de Selección del Aval Ciudadano
    - 8.1.2. Perfil del Aval Ciudadano a título individual
    - 8.1.3. Convocatoria y Selección de las Organizaciones Ciudadanas
      - 8.1.3.1. Convocatoria
      - 8.1.3.2. Invitación directa
  - 8.2. Instalación del Aval Ciudadano
    - 8.2.1. Capacitación al Aval Ciudadano
    - 8.2.2. Credencial del Aval Ciudadano
    - 8.2.3. Conflicto de Interés
  - 8.3. Reconocimiento al Aval Ciudadano
  - 8.4. Conclusión de Participación de las Organizaciones
  - 8.5. Cambio de Aval Ciudadano

9. Monitoreo Ciudadano
  - 9.1. Tamaño de muestra
    - 9.1.1. Muestreo para caravanas tipo I, II y III
  - 9.2. Aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
  - 9.3. Aplicación del Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso).
  - 9.4. Requisitos para el levantamiento de la Encuesta y llenado del Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso)
  - 9.5. Sugerencias de Mejora
10. Análisis y toma de decisiones para la mejora
  - 10.1. Firma y entrega de la Carta Compromiso
  - 10.2. Seguimiento a la Carta Compromiso
  - 10.3. Planes de Mejora
11. Comunicación de Resultados a Usuarios y Ciudadanía
12. Entrega de la información estatal o institucional de Aval Ciudadano a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
13. Intercambio de Experiencias de Aval Ciudadano
14. Reconocimiento del Aval Ciudadano a las Unidades
15. Glosario
16. Anexos
  - 16.1. Anexo 1: ESTAD y Concentrados
    - 16.1.1. ESTAD – Consulta Externa
    - 16.1.2. Concentrados – Consulta Externa
    - 16.1.3. ESTAD – Urgencias
    - 16.1.4. Concentrado – Urgencias
    - 16.1.5. ESTAD – Hospitalización
    - 16.1.6. Concentrados – Hospitalización
  - 16.2. Anexo 2: Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso)
  - 16.3. Anexo 3: Carta Compromiso
  - 16.4. Anexo 4: Encuesta la Voz de los Avaes Ciudadanos
  - 16.5. Anexo 5: Formato de Supervisión
  - 16.6. Anexo 6: Declaración de No Conflicto de Interés del Aval Ciudadano
  - 16.7. Anexo 7: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa
  - 16.8. Anexo 8: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización
  - 16.9. Anexo 9: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias

## 1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, en todos los gobiernos democráticos se busca tomar en cuenta la opinión de los usuarios. En nuestro país, existen diversos mecanismos de participación ciudadana que fomentan el involucramiento de los ciudadanos en la toma de decisiones de las instituciones públicas. En los Servicios de Salud desde el año 2001 se creó un mecanismo de participación ciudadana denominado Aval Ciudadano, el cual consiste en avalar las acciones de calidad percibida y Trato Digno realizadas por las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de coadyuvar en la mejora del Trato Digno y la calidad en los servicios que se brinda a los usuarios.

Para fortalecer la confianza de los usuarios con respecto al Sistema de Salud, desde hace más de 15 años de trabajo efectivo, el Aval Ciudadano ha realizado acciones cualitativas que revelan que obtener la confianza de los usuarios es un punto de partida para la creación de espacios para el diálogo con la sociedad, el desarrollo de atención a la salud de mayor calidad y seguridad, y el inicio de una etapa de servicios sensibles que correspondan a la inquietud ciudadana.

En nuestro país, la mayoría de la población recibe los servicios de atención a la salud a través de las diversas instituciones de salud del sector público. No obstante, algunas personas se les dificulta el acceso a dichos servicios, o bien, no les tienen confianza y prefieren optar por los Servicios de Salud privados, por la medicina tradicional o por las medicinas alternativas que han proliferado en los últimos años.

La introducción del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) ha construido un nuevo impulso a la calidad en los servicios, creando una presión adicional a favor de la mejor atención médica, no solamente en términos clínicos, sino también en la percepción de la atención por parte de los usuarios.

El Aval Ciudadano se establece con fundamento en el artículo 54 de la Ley General de Salud que a la letra dice “Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los Servicios de Salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los Servicios de Salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos”. Así mismo, el Aval Ciudadano se alinea con la estrategia 2.3.4 del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 “Garantizar el acceso efectivo a Servicios de Salud de calidad” y con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en la estrategia 2.2.5 que establece “Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los Servicios de Salud”. De esta manera, el Aval Ciudadano, constituye un canal de comunicación entre los usuarios y los Servicios de Salud, cuyos alcances se manifiestan en un diálogo franco en donde se plantean las necesidades percibidas por la comunidad y los recursos reales que tiene el servicio de salud para satisfacerlas.

Con la experiencia acumulada de los primeros años de la operación del Aval Ciudadano, en el año 2005 surge el instrumento llamado “Carta Compromiso”; este instrumento es un documento que se formula después del análisis detallado realizado por el Aval Ciudadano, los Responsables de las Unidades de Salud y los Gestores de Calidad, de las demandas de los usuarios que pueden ser cumplidas localmente, es decir en la Unidad Médica, y cuáles deben ser remitidas a niveles administrativos superiores, autoridades jurisdiccionales o estatales para su atención.

El Aval Ciudadano, desde su primera etapa, conjuntó los esfuerzos de los involucrados en la mejora de los Servicios de Salud; personal de las unidades médicas, usuarios y autoridades de salud, acentuó la noción de salud como derecho, reconoció a los usuarios como titulares del mismo y por lo tanto, participantes activos del proceso de atención, además de generar espacios de participación ciudadana que permitieron que las decisiones relacionadas con la calidad de los Servicios de Salud se tomen de manera colectiva, reconociendo el pluralismo, la libertad y la dignidad humana.

Por otra parte, el éxito de vincular a los usuarios con el proceso de evaluación del Trato Digno en los Servicios de Salud, ha permitido mostrar que es posible, desarrollar acciones de calidad con mucho mayor alcance.

Esta nueva etapa de consolidación del Aval Ciudadano, tiene como principal objetivo fortalecer la participación ciudadana en la evaluación de los Servicios de Salud, como un aliado del personal de salud, para fomentar la mejora del Trato Digno y la calidad de los Servicios de Salud.

## 2. ANTECEDENTES

El Aval Ciudadano se originó por la necesidad de dar respuesta a la pregunta ¿Cómo recuperar la confianza de la ciudadanía si la población no confía en sus instituciones? Fue entonces que se diseñó este mecanismo que faculta a ciertos grupos, organizaciones civiles, instituciones académicas y ciudadanos a título individual, con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar las acciones en favor del Trato Digno que en ellas se llevan a cabo y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad.

En el año 2001 cuando entra en operación el Aval Ciudadano y hasta la fecha, se han instalado avales ciudadanos en unidades médicas de la Secretaría de Salud de todas las entidades del país y en la Ciudad de México, así como en el ISSSTE, IMSS Prospera, ISSEMYM y Cruz Roja. Actualmente se cuenta con la participación de Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades e Instituciones Académicas, Agrupaciones Diversas, Grupos de Ciudadanos y Ciudadanos a Título Individual, mismas que se han incorporado a los diferentes niveles de la estructura institucional, local, jurisdiccional/delegacional y estatal, con lo que se ha logrado una comunicación efectiva entre ciudadanos y autoridades de los Servicios de Salud.

Las experiencias a través de los más de 15 años de actividades del Aval Ciudadano, han demostrado resultados de extraordinaria riqueza, que van desde los trabajos concretos de validación de datos de Trato Digno, hasta el planteamiento de problemáticas más profundas como la gestión de recursos ante

las autoridades municipales para beneficio de las unidades médicas, la remodelación y ampliación de algunas unidades médicas u hospitales, la mejora de la calidad de la atención y del trato otorgado a los usuarios, entre otras.

La incorporación de la experiencia acumulada de la figura del Aval Ciudadano aprovecha el espacio democrático abierto en la que se formulan propuestas más puntuales, concretas y sensibles a las exigencias de la población, acordes a las necesidades de cada localidad, esto habla de una nueva etapa del Aval Ciudadano como mecanismo de participación ciudadana, que corresponda a los retos de la calidad percibida en los Servicios de Salud a lo largo de todo el país.

La parte medular de la contribución del Aval Ciudadano a la mejora de la calidad en los Servicios de Salud es el seguimiento de los compromisos resultantes de la negociación entre avales ciudadanos y autoridades de los Servicios de Salud en los distintos niveles de atención, lo que logra una cadena efectiva de comunicación y resultados, con lo que la participación no solamente alcanza frutos, sino que también puede mostrarlos.

Como parte del trabajo conjunto entre avales ciudadanos y personal de salud, dos organizaciones registradas como Aval Ciudadano (“Con ganas de vivir” y “Conocer para vivir”) propusieron las “Responsabilidades de los pacientes y usuarios”<sup>1</sup> partiendo de la experiencia que han tenido al interactuar con los usuarios de los Servicios de Salud y con el personal de las unidades médicas. Las responsabilidades que definieron, fueron aprobadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en el año 2012 y se han distribuido a las instituciones de salud para su difusión a los usuarios.

En el año 2003<sup>2</sup> se creó el Sistema de Protección Social en Salud conocido como Seguro Popular, como una forma de aseguramiento de carácter público y voluntario, que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”<sup>3</sup>.

A fin de dar certidumbre a los servicios que presta el Seguro Popular, los establecimientos que otorguen estos servicios esenciales deberán estar acreditados respecto a la capacidad instalada con la que

---

<sup>1</sup> En el año 2012 cuando se aprobaron, se denominaban “Obligaciones de los pacientes”.

<sup>2</sup> Mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación de fecha 15 de mayo de 2003, se adiciona un Título Tercero Bis a la Ley General de Salud denominado “De la Protección Social en Salud” comprendiendo los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41 y con tal reforma el seguro popular dejó de ser un programa gubernamental y se convirtió en ley.

<sup>3</sup> Ley General de Salud. Título Tercero bis. De la Protección Social en Salud, Art. 77 Bis 1



cuenta (personal, materiales y equipo), seguridad (cumplimiento de las normas técnicas establecidas) y calidad (medición de los niveles de calidad para la mejora continua), así como instalar la figura de Aval Ciudadano. De esta forma las familias aseguradas tienen la certeza de que recibirán Servicios de Salud de Calidad.

### 3. MARCO JURÍDICO

En el Marco de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018<sup>4</sup>, la participación ciudadana permite a miembros de la comunidad a contribuir voluntariamente en un proceso de diálogo vivo entre la sociedad y los Servicios de Salud. De este diálogo surge un conocimiento más detallado de las prioridades colectivas, de las necesidades que los usuarios de cada una de las unidades médicas en particular requieren y de algunos aspectos de dichos servicios que la comunidad reconoce como factores de calidad. El Aval Ciudadano contribuye así, con ideas innovadoras que faciliten y coadyuven en la mejora de la calidad y el Trato Digno que se otorga en los Servicios de Salud.

El Marco Normativo base del mecanismo Aval Ciudadano es el siguiente:

- Ley General de Salud (Artículo 58 fracción V).  
ARTÍCULO 58. La comunidad podrá participar en los Servicios de Salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:  
V. Formulación de sugerencias para mejorar los Servicios de Salud;
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Estrategia 2.3.4)  
Garantizar el acceso efectivo a Servicios de Salud de calidad.  
Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los Servicios de Salud.  
Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- Programa Sectorial de Salud 2013 -2018 (Objetivo 2, Estrategia 2.2.5.)  
2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los Servicios de Salud
- Programa de Acción Específico. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 (Línea de Acción 1.1.4.)

<sup>4</sup> El Programa de Acción Específico. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018 (Línea de Acción 1.1.4.) es el instrumento operativo del PROSESA 2013 - 2018 encargado de conducir y operar la Estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica, considerando la formación y capacitación de los profesionales de salud.

1.1.4. Fortalecer los mecanismos existentes de retroalimentación para la mejora de calidad y seguridad mediante la alianza del Aval Ciudadano y el Sistema Único de Gestión.

- Modelo de Gestión de Calidad en Salud: El Aval Ciudadano, al igual que algunas otras líneas de acción se ubica de manera transversal en los criterios del Modelo de Gestión de Calidad, de manera general, para la instalación y funcionamiento del Aval Ciudadano, es necesaria el involucro del equipo directivo (liderazgo), se genera información que será de suma importancia para la toma de decisiones referentes a la gestión de insumos, estructura, recursos humanos y materiales para la mejora del trato digno (información, planeación, desarrollo del personal y mejora de procesos). De tal manera que realizando adecuadamente el ejercicio de monitoreo ciudadano, contribuye en cierta medida, a alcanzar los resultados de valor propuestos por el mismo modelo: Salud en la Población, Acceso Efectivo, Organizaciones Confiables y Seguras, Experiencia Satisfactoria y Costos Razonables.

#### 4. DOCUMENTOS FUNDACIONALES DE LA LÍNEA DE ACCIÓN AVAL CIUDADANO

- Secretaría de Salud, **Aval Ciudadano, Monitoreo de Indicadores de Trato Digno, Guía Operativa Sectorial 2002 para el fomento de la participación ciudadana en la garantía del Trato Digno en los Servicios de Salud**, México. 2002
- Secretaría de Salud, **Aval Ciudadano, Monitoreo Ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del Trato Digno**, México, 2004
- Secretaría de Salud, **Aval Ciudadano, Manual de Presentación e inducción**, México, 2005
- Secretaría de Salud, **Lineamientos operativos para el desarrollo del Aval Ciudadano**, México, 2005
- Secretaría de Salud. **Guía Operativa de Aval Ciudadano Monitoreo Ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del Trato Digno**, México, 2016

#### 5. OBJETIVO DE LA GUÍA

Describir los elementos para implementar la figura del Aval Ciudadano en las unidades médicas del Sector Salud. Así como las actividades que comprenden el Monitoreo Ciudadano. Esta guía está dirigida a los avales ciudadanos y a los interesados en esta Línea de Acción y en dar seguimiento a su operación.

## 6. AMBITO DE ACCIÓN

La presente guía será aplicable en los establecimientos de atención médica clasificados como de “consulta externa” y de “hospitalización” de las siguientes instituciones del Sector Salud.

- Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto Mexicano del Seguro Social PROSPERA
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
- Servicios Médicos Estatales
- Servicios Médicos Municipales
- Secretaría de Marina
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Petróleos Mexicanos
- Cruz Roja
- Hospitales Universitarios
- Servicios Médicos Privados (Opcional)

De acuerdo al Catálogo de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), los establecimientos que se excluyen de tener Aval Ciudadano son:

1. En la columna “Nombre tipo establecimiento”, excluir los establecimientos catalogados como de “Asistencia Social” y “de apoyo”.
2. En la columna “Nombre de Tipología”, los establecimientos catalogados como: Banco de Sangre, Brigada Móvil, Brigadas de Salud, Casa de Salud, Consultorio Adyacente a Farmacia, Consultorio Auxiliar, Consultorio Delegacional, Consultorio particular, Laboratorio de Citología, Microrregión, Sanidad Internacional, Unidad Móvil, Unidad del Ministerio Público, Unidad de Medicina Familiar de un Consultorio ISSSTE
3. En la columna, “Consultorios de Medicina Familia”, excluir “0” Sin Consultorios
4. En las Unidades móviles, excluir sólo las que son tipo “0” , utilizadas únicamente como de transporte. Las caravanas tipo I, II y III si son susceptibles de tener Aval Ciudadano.

## 7. DEFINICIONES

### 7.1 TRATO DIGNO

---

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

Para evaluar la calidad de los Servicios de Salud en relación con el trato recibido, desde 2001<sup>5</sup> se evalúa el índice de Trato Digno a través de una encuesta que permite conocer la satisfacción de los usuarios, las variables que contempla la encuesta son las siguientes: oportunidad en la atención (tiempo de espera), oportunidad para que el paciente hable sobre su estado de salud, la información provista por el médico sobre el estado de salud (diagnóstico), información sobre el tratamiento a seguir, información sobre cuidados a seguir, la claridad de la información que se proporciona, el surtimiento de medicamentos y el trato.

Para el tiempo de espera e información al paciente y familiares, la meta o estándar establecido en los Lineamientos del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) en Salud<sup>6</sup> es que en promedio, el 85 % de los usuarios se sientan satisfechos tanto por el tiempo de permanencia en la Unidad Médica previo a recibir atención o información, como por la claridad de información proporcionada del médico. Es deseable que el 90 % de los usuarios se sientan satisfechos con el trato recibido. Finalmente, para el surtimiento de medicamentos, la meta establecida es que en promedio, el 95 % de los usuarios reciba el surtimiento completo de sus recetas y se sienta satisfecho<sup>7</sup>.

El Trato digno considera:

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

Trato Digno significa:

- Que profesamos diferentes valores y costumbres que deben ser respetadas.
- Que somos individuos diferentes con derecho a pensar y reaccionar de acuerdo a nuestra manera particular.
- Que seguimos diversas ideologías, costumbres y religiones que deben ser respetadas.
- Que se debe comprender por el momento que está pasando el individuo que acude a los Servicios de Salud.

Importancia del respeto a los derechos de los pacientes o usuarios:

- Respetar su dignidad y autonomía.

---

<sup>5</sup> La puesta en marcha del monitoreo sectorial, durante 2001 y 2002, se realizó en 4,794 unidades médicas de primero y segundo niveles de atención, en las que se hizo seguimiento a 6 indicadores de Trato Digno. (Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de Calidad, 2003). En el caso del Monitoreo por parte de Aval Ciudadano, se comenzó en el año 2002).

<sup>6</sup> Secretaría de Salud. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad, 2002

<sup>7</sup> Secretaría de Salud. Manual de Presentación e Inducción. Aval Ciudadano. México, 2005, pág. 14

- Garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación personal de salud - usuario.
- Ofrecer un Trato Digno a los usuarios.

### 7.1.1 Derechos Generales de los Pacientes

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), formuló 10 derechos básicos de los pacientes, que hasta la fecha siguen vigentes para su cumplimiento en las unidades de salud y que a continuación se enlistan:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir Trato Digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidad para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con su expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida.

Uno de los Derechos Generales de los Pacientes que busca garantizar el Aval Ciudadano es recibir un Trato Digno y respetuoso por parte de los prestadores de los Servicios de Salud.

El Trato Digno es parte de la dimensión interpersonal de la calidad de la atención médica, que engloba características como el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas atendiendo a sus valores, costumbres e ideologías, recibir información completa, veraz, oportuna entregada por el personal de salud y entendida por el usuario, garantizando su confidencialidad, interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía, en un ambiente agradable y confortable.

### 7.1.2. Responsabilidades de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud

El cuidado de la salud no sólo depende del médico o del personal de salud, también depende de los propios usuarios, quienes son los que deben dar seguimiento a los tratamientos y cuidados que el personal de salud les indique, esto genera un acto de responsabilidad compartida entre usuarios y

personal de salud, la responsabilidad compartida se define como corresponsabilidad. Esto quiere decir que dicha responsabilidad es común a dos o más personas, que comparten una obligación o compromiso.<sup>8</sup>

Como parte de esta corresponsabilidad, se establecieron las Responsabilidades de los Pacientes y Usuarios, su objetivo es fomentar el autocuidado de la salud, a continuación se presentan:

1. Poner atención a su cuerpo y acudir a la Unidad Médica periódicamente en función de su edad, sexo y antecedentes clínicos.
2. Cumplir con los señalamientos preventivos que emita la autoridad, para conservar la salud en función de su edad, sexo y antecedentes clínicos.
3. Comunicar al personal de salud sus síntomas, antecedentes y cualquier otra información que le sea requerida de manera honesta y lo más específica posible.
4. Asistir en tiempo y forma a las citas, tratamientos y estudios que le sean señalados por el personal de salud.
5. Atender y guardar la información que el personal de salud aporte sobre su enfermedad y tratamiento, momento en el cual podrán ejercer su derecho de ampliar y aclarar dicha información.
6. Conservar todo documento o material de diagnóstico que le sea encomendado por el personal de salud.
7. Cumplir con el tratamiento acordado con el personal de salud, y en caso de interrupción u omisión, avisar al médico honesta y oportunamente.
8. Cumplir con los trámites administrativos relacionados al diagnóstico y atención del usuario en tiempo y forma.
9. Tratar con respeto al personal de salud que los atiende, sin que esto signifique menoscabo al ejercicio de sus derechos.
10. Utilizar las instalaciones, equipos, medicamentos y materiales médicos que se le asignen de forma adecuada, procurando su conservación y aprovechamiento.

*Para satisfacer una demanda, se requiere una respuesta corresponsable: un tratamiento adecuado y el compromiso de autocuidado de la salud por parte del usuario.*

---

<sup>8</sup> La corresponsabilidad en el Sistema de Salud se define como el “Compromiso de la ciudadanía y las instituciones de acatar las decisiones mutuamente convenidas, reconocer y garantizar los derechos de los ciudadanos a decidir sobre los asuntos públicos”. Secretaría de Salud, Aval Ciudadano, Monitoreo de Indicadores de Trato Digno, Guía Operativa Sectorial 2002 para el fomento de la participación ciudadana en la garantía del Trato Digno en los Servicios de Salud, México. 2002, Pág. 12

## 7.2 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud definimos la **participación ciudadana** como el conjunto de acciones y disposiciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan, sin integrarse en las estructuras institucionales<sup>9</sup>.

El Aval Ciudadano es un mecanismo que hace efectiva la participación ciudadana. El principio de participación ciudadana es el que define las reglas de acceso de los mexicanos en las decisiones gubernamentales.

El Aval Ciudadano se distingue por dar cauce a la expresión de dos aspectos claramente diferenciados de la participación ciudadana: la participación individual, como usuario de un servicio de salud y la participación colectiva, como parte de la comunidad, que siente, conoce sus necesidades en materia de salud y formula proposiciones para satisfacerlas, estos aspectos son complementarios y fundamentales para el entendimiento entre partes que conduce a mejoras efectivas en un servicio de salud.



### 7.2.1 Ventajas de la Participación Ciudadana en Salud



La participación ciudadana en los Servicios de Salud permite a los miembros de algunas organizaciones sociales a contribuir voluntariamente a un proceso de diálogo vivo entre la sociedad y los Servicios de Salud. Esta participación implica un esfuerzo para conjuntar aportaciones individuales, sociales e institucionales, con el objeto de crear condiciones que fomenten la capacidad crítica, la exigencia y la corresponsabilidad en los procesos y la calidad de la atención a la salud, tanto en función de individuos, como de colectividades con necesidades de salud particulares.

En cada Unidad Médica, debe existir un Aval Ciudadano que participe en la detección de necesidades de los usuarios de los Servicios de Salud de su comunidad.

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. Monitoreo Ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del Trato Digno. México, 2004, p. 19. Las definiciones se encuentran incluidas en el Glosario de esta Guía.

De la misma manera que el Aval Ciudadano abre una vía de comunicación entre las autoridades y los ciudadanos, también propicia espacios de discusión que permiten plantear y analizar algunas de las complejas razones por las cuales los ciudadanos, hasta hoy, no habían exigido sus derechos. Estos foros de discusión se realizan entre las autoridades de salud, personal de las unidades médicas y los avales ciudadanos, entre avales ciudadanos de diferentes unidades médicas y entre avales ciudadanos de diferentes entidades.

Esta interacción genera múltiples beneficios en donde es posible distinguir algunos resultados importantes:

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

### 7.3 AVAL CIUDADANO

---

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

Su **objetivo principal** es avalar la transparencia de la información que emite el Establecimiento de Atención Médica referente a la satisfacción, trato adecuado y digno, mediante la participación de la ciudadanía en la evaluación y mejora de la calidad de los Servicios de Salud.

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



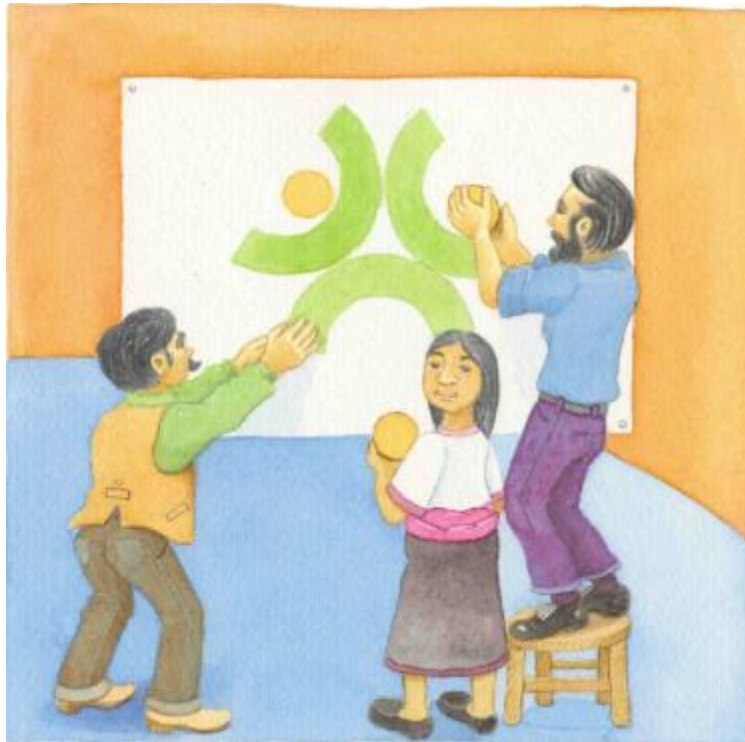
Los avales ciudadanos no forman parte del personal de las instituciones de salud, están comprometidas con la sociedad y dedican, de manera altruista, parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, a la búsqueda de la mejora continua del trato que se otorga en las unidades médicas, comprobando la calidad de los Servicios de Salud, aportando sugerencias y opiniones para mejorarlos desde su perspectiva como observador externo.

Durante el Monitoreo Ciudadano los avales “**AVALAN**” o “**NO AVALAN**” la **transparencia de la información**. Comparan los resultados de la Encuesta de Trato Digno que aplicó la Unidad Médica, contra los resultados que los avales ciudadanos obtuvieron en la aplicación de la misma. Si la diferencia de percepción de alguna de las preguntas de Trato Digno entre la medición institucional y la del Aval Ciudadano es del 20% o mayor, la información “**NO ES AVALADA EN TRANSPARENCIA**”.

La información se considera “**AVALADA**” cuando la diferencia de percepción todas las preguntas es entre el 0 y el 19%

Los objetivos secundarios del Aval Ciudadano son:

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



El Aval Ciudadano opera con una estructura y organización propia, en los distintos contextos de las unidades médicas de las instituciones de salud; por tanto, es variable y flexible, puede asumir distintas funciones, desde las operativas, hasta la integración de la información, coordinación con otros avales ciudadanos, capacitación y gestión.

Cuando la población participa y las acciones responden a planteamientos y demandas reales que se formulan, es posible observar una mayor eficiencia de los sistemas de salud, paulatinamente el propio trabajo de los integrantes del mecanismo de Aval Ciudadano, su interés y sus experiencias, han permitido consolidar su funcionamiento y sus actividades, cada vez con perspectivas más amplias en cuanto a su participación coordinada con las instituciones de salud, para adquirir el compromiso mutuo de lograr avances sustantivos en la calidad de los Servicios de Salud y el Trato Digno.

### 7.3.1 ¿Quiénes pueden ser avales ciudadanos?

Los siguientes actores de la Sociedad Civil pueden ser avales ciudadanos siempre y cuando cumplan los criterios de selección:

- A) Organizaciones de la Sociedad Civil
- B) Universidades
- C) Otras Instituciones Educativas
- D) Empresas Privadas

- E) Agrupaciones diversas no constituidas jurídicamente
- F) Agrupaciones locales integradas por pacientes o usuarios
- G) Ciudadanos a título Individual

### 7.3.2 Tipos de Aval Ciudadano

Desde el comienzo de la operación del Aval Ciudadano, se identificaron necesidades para organizar diferentes tipos de avales ciudadanos de acuerdo a su ámbito de acción, las unidades de salud que le corresponde visitar y las funciones que debe desarrollar.

La clasificación vigente de los avales ciudadanos de acuerdo a su ámbito de acción es la siguiente: local, municipal, jurisdiccional/regional o estatal.

Cuadro 1: Tipos de Aval Ciudadano de acuerdo a su ámbito de acción.		
Tipo	Ámbito de acción	Funciones
Locales	Son aquellos avales ciudadanos que sólo realizan actividades en una Unidad Médica, preferentemente de su misma comunidad.	Además de las funciones propias del Aval Ciudadano, informará los resultados obtenidos al Responsable de la Unidad.
Municipales	Son aquellos avales ciudadanos que realizan actividades en varias unidades médicas de un mismo municipio.	Además de las funciones propias del Aval Ciudadano, entregará sus resultados y sugerencias de mejora a cada uno de los responsables de las diferentes unidades médicas en las que participa.
Jurisdiccionales o delegacionales	Son aquellos avales ciudadanos que realizan actividades en varias unidades médicas de una jurisdicción o región sanitaria.	Además de las funciones propias del Aval Ciudadano, visitará las unidades médicas ubicadas en su área de trabajo, que NO estén cubiertas por avales ciudadanos locales o municipales y que sean seleccionadas por ellos mismos. También apoyarán con asesorías a otros avales ciudadanos de su región, así como la coordinación y comunicación con el Aval Ciudadano Estatal, este Aval Ciudadano, entregará sus resultados y sugerencias de mejora a cada uno de los responsables de las diferentes unidades médicas en las que participa y mantiene comunicación estrecha con el gestor o responsable de calidad jurisdiccional o regional.

<p>Estatales o Regionales</p>	<p>Son aquellos avales ciudadanos que realizan actividades en varias unidades médicas de una entidad.</p>	<p>Además de las funciones propias del Aval Ciudadano, visitará las unidades médicas de su localidad sede u otras por ellos seleccionadas; deben apoyar a otros avales ciudadanos de las localidades con capacitación, asesorías, coordinación con los avales ciudadanos jurisdiccionales o regionales y con las diversas instancias del Sector Salud, este Aval Ciudadano, entregará sus resultados y sugerencias de mejora a cada uno de los responsables de las diferentes unidades médicas en las que participa y mantiene comunicación con las autoridades estatales de salud.</p>
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Desde 2009 a la fecha, ha habido un crecimiento importante de unidades médicas que cuentan con Aval Ciudadano en unidades de todo el Sector Salud (principalmente en la Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS PROSPERA). Según la experiencia adquirida en los años anteriores, las necesidades de las unidades médicas detectadas por los avales ciudadanos, son diferentes dependiendo del nivel de atención, esto hace que sea más compleja la intervención de los avales ciudadanos en unidades de segundo y tercer nivel, que en las unidades de primer nivel, derivado de ello, se han determinado requerimientos específicos para conformar a los avales ciudadanos de acuerdo al nivel de atención de la Unidad Médica en la que realizarán sus funciones, tal como se especifica en el cuadro a continuación:

<p><b>Cuadro 2: Requerimientos específicos de Aval Ciudadano por tipo de Unidad Médica.</b></p>	
<p><b>Tipo de unidad medica</b></p>	<p><b>Requerimientos específicos de Aval Ciudadano</b></p>
<p>Caravanas de salud tipo I, II y III</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se requiere de un Aval Ciudadano a Título Individual, organización o agrupación local.</li> <li>- Instalar un Aval Ciudadano jurisdiccional en la cabecera de la ruta asignada a la caravana. En caso de elegir este modo, el Aval Ciudadano realizará el Monitoreo Ciudadano cuando la caravana se encuentre otorgando consulta en la localidad cabecera de la ruta asignada.</li> <li>- Instalar uno o varios avales ciudadanos en algunas de las localidades asignada a la ruta de la caravana, el Aval Ciudadano en este caso, realizará su Monitoreo Ciudadano cuando la caravana acuda a esa localidad.</li> <li>- Si en alguna de las localidades asignadas a la ruta de la caravana, existe una Unidad Médica, el Aval Ciudadano perteneciente a esa Unidad Médica, puede ser el que realice el Monitoreo Ciudadano de la caravana. Se requiere en este caso, elaborar un Acta de Instalación para la Caravana. (El proceso para registrar a un Aval Ciudadano en dos o más unidades médicas, esta descrito en el Manual del Sistema de Registro de Aval Ciudadano).</li> </ul>

Unidades médicas de primer nivel	- Se requiere de un Aval Ciudadano a Título Individual, Universidad u Otras Instituciones Educativas, Organización de la Sociedad Civil (Asociaciones Civiles, Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada), Agrupación Local (Agrupaciones Diversas jurídicamente no constituidas), Empresa Privada.
Unidades médicas de segundo y tercer nivel	- Se requiere una Universidad u Otras Instituciones Educativas, Organización de la Sociedad Civil (Asociaciones Civiles, Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada, Agrupación Local (Agrupaciones Diversas jurídicamente no constituidas), Empresa Privada.
Jurisdicciones	- Se requiere una Universidad u Otras Instituciones Educativas, Organización de la Sociedad Civil (Asociaciones Civiles, Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada, que representa a cada una de las Jurisdicciones Sanitarias/o Delegaciones.
Estatal	- Se requiere Se requiere una Universidad u Otras Instituciones Educativas, Organización de la Sociedad Civil (Asociaciones Civiles, Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada, que representa a cada entidad o región (de acuerdo a la institución).

### 7.3.3 Clasificación del Aval Ciudadano

Desde la creación del Aval Ciudadano se cuenta con una clasificación de las organizaciones y ciudadanos que participan como avales ciudadanos para conocer su composición, esta clasificación se ha ido modificando de acuerdo al crecimiento de los mismos, ya que cada vez hay más organizaciones que participan como avales ciudadanos, la clasificación se realiza conforme a su carácter: académico, social, comunitario e individual. La clasificación que actualmente se utiliza es la siguiente:

Cuadro 3: Clasificación del Aval Ciudadano:	
Clasificación	Definición
Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	Se consideran aquellas Organizaciones de la Sociedad Civil que están constituidas legalmente: Sociedad Civil (SC), Asociaciones Civiles (AC), e Instituciones de Asistencia Privada (IAP). Legalmente significa que están constituidas ante la Fe de un Notario Público y cuentan con un Testimonio Notarial.
Universidades	Son todas las instituciones de educación superior que se constituyen como Aval Ciudadano.

Otras instituciones educativas	Se consideran todas las instituciones de educación que participen como Aval Ciudadano. Preparatorias, Secundarias, CONALEP, CETIS, CBTIS, CECYT, etc.
Agrupaciones Locales: Grupos y asociados, no constituidos jurídicamente	Se considera dentro de este apartado a los locatarios, grupos de colonos, sociedad de padres de familia, agrupaciones locales (el grupo de dos personas o más de la comunidad que se asocian para ser avales ciudadanos y realizar el monitoreo) y todas las agrupaciones que no estén constituidas de manera formal y que se han agrupado como avales ciudadanos.
Empresas privadas	Son compañías de la iniciativa privada que participan como avales ciudadanos, en relación al total de avales ciudadanos en el estado.
Ciudadano a Título Individual	Son miembros independientes de la comunidad que voluntariamente ofrecen su tiempo de manera comprometida y colaboran sin afán de lucro y sin filiación política. Con la finalidad de aportar ideas que permitan mejorar la calidad de la atención médica, en relación al total de avales ciudadanos en el estado.

### 7.3.4 Funciones y responsabilidades

Es importante que los avales ciudadanos y los Responsables Estatales e Institucionales de Calidad y de Aval Ciudadano, conozcan cuales son los alcances en cuanto a las funciones de cada uno, para ello, se han homogeneizado las tareas que todos los avales ciudadanos deben realizar de manera cuatrimestral, de igual forma, se han organizado las funciones que le corresponden a los Responsables Estatales de Aval Ciudadano y a los Responsables de las Unidades Médicas.

#### 7.3.4.1 Funciones generales para el Aval Ciudadano

1. Aplicar la “Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno” a una muestra aleatoria de los usuarios de las unidades médicas con el fin de conocer su opinión en relación al trato recibido en los servicios **(Anexo 1: ESTAD y concentrados)**.
2. Aplicar el “Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)” una vez cada cuatrimestre **(Anexo 2: Formato de Monitoreo Ciudadano, sugerencias de mejora y seguimiento a cartas compromiso)**
3. Recabar las “Sugerencias de los usuarios para mejorar la calidad en la atención” en el apartado específico del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a

Carta Compromiso), para este apartado se le preguntará mínimo a 10 usuarios de los Servicios de Salud por cada monitoreo.

4. Realizar cuatrimestralmente una revisión del estado que guardan las instalaciones de la sala de espera, sanitarios y consultorios, utilizando el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
5. Difundir los Derechos Generales y las Responsabilidades de los Pacientes.
6. Canalizar al Sistema Unificado de Gestión a los usuarios que lo requieran.
7. Realizar propuestas de mejora en el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso (estas propuestas de mejora son el resultado de lo observado y recabado por el Aval Ciudadano durante el monitoreo).
8. Revisar junto con Responsable de la Unidad o el Gestor de Calidad, las opiniones y sugerencias de los usuarios derivados del Sistema Unificado de Gestión concernientes a aspectos de Trato Digno.
9. Recibir la “Carta Compromiso” (**Anexo 3: Carta Compromiso**) elaborada por el Responsable de la Unidad Médica, atendiendo a las sugerencias emitidas por el Aval Ciudadano.
10. Realizar el seguimiento de los compromisos establecidos en la “Carta Compromiso” para verificar su cumplimiento.
11. Participar en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten a la participación ciudadana en salud y/o al Trato Digno, así como asistir cuando sea convocado por el Gestor de Calidad.
12. Participar en la apertura del buzón del Sistema Unificado de Gestión, el Aval Ciudadano debe conocer el calendario de apertura del buzón, en la medida de lo posible, estará presente en la apertura del buzón una vez al mes, de no contar con el tiempo necesario, se le pedirá que asista por lo menos una vez durante el cuatrimestre.

#### 7.3.4.2 Funciones adicionales del Aval Ciudadano Jurisdiccional

1. Elaborar un programa anual de actividades que contemple el seguimiento a las actividades de los avales ciudadanos locales.
2. Mantener comunicación con los avales ciudadanos de las unidades médicas favoreciendo la comunicación con los mismos, el conocimiento de sus logros y restricciones, identificando experiencias exitosas y noticias relevantes de la jurisdicción para los avales ciudadanos del Sector Salud.
3. Promover entre el personal de las unidades médicas de su jurisdicción/delegación, las funciones de los avales ciudadanos y de los lineamientos que lo regulan.

4. Asesorar a avales ciudadanos locales sobre sus actividades.
5. Establecer comunicación con los avales ciudadanos estatales para darles a conocer el estado de los avales ciudadanos de la entidad.
6. Entregar informes de sus resultados y avances a los gestores jurisdiccionales.

#### **7.3.4.3 Funciones adicionales del Aval Ciudadano Estatal, Regional y Delegacional**

1. Elaborar un programa anual de actividades que contemple el seguimiento a las actividades de los avales ciudadanos jurisdiccionales.
2. Mantener comunicación con los avales ciudadanos jurisdiccionales y de las unidades médicas favoreciendo la comunicación con los mismos, el conocimiento de sus logros y restricciones, identificando experiencias exitosas y noticias relevantes de la entidad o institución para los avales ciudadanos del Sector Salud.
3. Promover entre el personal de su jurisdicción/delegación, las funciones de los avales ciudadanos y de los lineamientos que lo regulan.
4. Capacitar y asesorar a avales ciudadanos del nivel jurisdiccional y local sobre sus actividades.
5. Establecer comunicación con el Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano y el Responsable Estatal o Institucional de Calidad para darles a conocer el estado de los avales ciudadanos de la entidad.
6. Participar en el Comité Estatal de Calidad por lo menos en una sesión al año, en donde presentará los avances de la operación del Aval Ciudadano en las unidades de atención médica del estado.

#### **7.3.4.4 Funciones de los Responsables Estatales o Institucionales de Calidad y de Aval Ciudadano**

En cada entidad federativa, para facilitar la operación del Aval Ciudadano en las unidades médicas, se deberá nombrar a un Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano, quien realizará las siguientes funciones:<sup>10</sup>

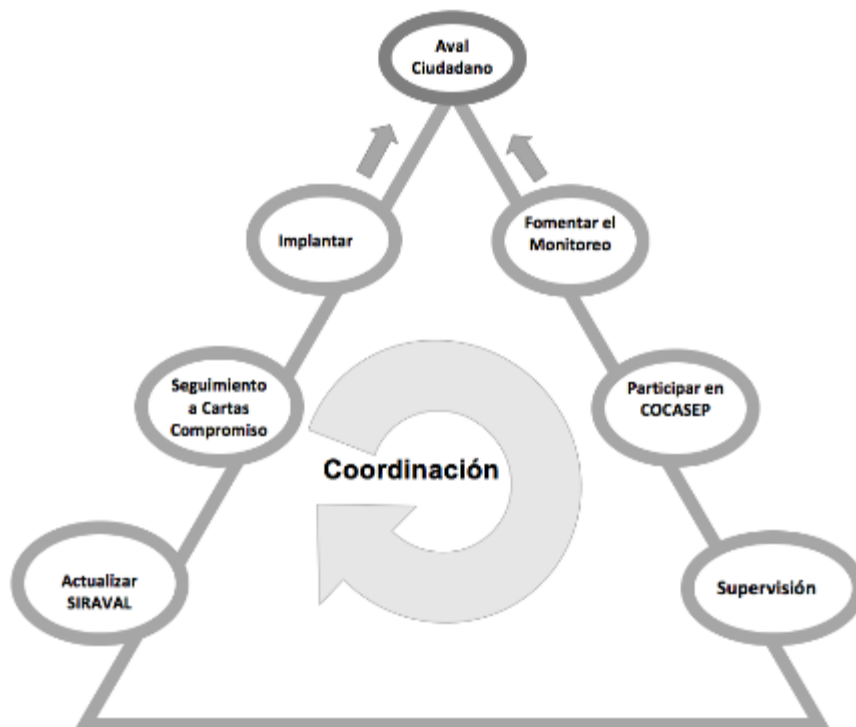
1. Difundir el Aval Ciudadano en las jurisdicciones o delegaciones sanitarias y unidades médicas, a fin de fomentar la implantación y operación de avales ciudadanos en todas las unidades.
2. Convocar a las organizaciones de la sociedad civil y ciudadanos a título individual, a través de los medios disponibles, para integrarse como avales ciudadanos de las unidades médicas.
3. Dar seguimiento a la instalación de avales ciudadanos en todas sus unidades médicas.
4. Capacitar sobre el proceso de Aval Ciudadano: instalación y Monitoreo Ciudadano.
5. Apoyar a los gestores jurisdiccionales en la capacitación a avales ciudadanos, sobre participación ciudadana, Trato Digno y el método de Monitoreo Ciudadano.

---

<sup>10</sup> En el caso de las instituciones diferentes a la Secretaría de Salud, a nivel nacional se deberá nombrar a un Responsable Nacional de Aval Ciudadano, quien realizará las funciones descritas en este apartado.



6. Mantener actualizado el directorio de los avales ciudadanos a través del Sistema de Registro de Aval Ciudadano (SIRAVAL).
7. Coordinar con el personal jurisdiccional/delegacional y dar seguimiento a la captura en el Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) de la información derivada del Monitoreo Ciudadano: Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, y Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
8. Dar seguimiento y responder a las observaciones y sugerencias de los avales ciudadanos que no han sido resueltas en el nivel local.
9. Dar seguimiento al cumplimiento de las Cartas Compromiso que no se atienden en tiempo y forma, hasta el cumplimiento de la misma.
10. Coordinar la supervisión de la operación del Aval Ciudadano en las unidades médicas, con el fin de detectar buenas prácticas y oportunidades de mejora. La supervisión se realizará cada año mínimo al 10% de las unidades que cuentan con Aval Ciudadano en la entidad. La evidencia de la supervisión se enviará a la DGCES en archivo PDF cuando esta lo solicite.
11. Coordinar la aplicación de la “Encuesta La Voz de los Avales Ciudadanos” de acuerdo al calendario de aplicación solicitado por la DGCES (**Anexo 4: Encuesta la Voz de los avales ciudadanos**)
12. Establecer junto con el Responsable Estatal o Institucional de Calidad, estrategias para la mejor operación del Aval Ciudadano en la entidad.
13. Coordinar en su entidad o institución cualquier otra actividad de Aval Ciudadano que instruya la DGCES.



#### 7.3.4.5 Funciones de los Responsables de las Unidades Médicas y Gestores de Calidad relacionadas con el Aval Ciudadano

1. Ser el enlace de la Unidad Médica y el Aval Ciudadano, proporcionando las herramientas necesarias para su funcionamiento, (Formatos para realizar el Monitoreo Ciudadano, información del Monitoreo Institucional, espacio en la sala de espera para difundir los resultados del monitoreo, credencial de Aval Ciudadano).
2. Informar al Aval Ciudadano sobre las acciones en favor de la calidad y el Trato Digno que realiza la Unidad Médica.
3. Mantener dialogo constante con los avales ciudadanos sobre las cuestiones que deriven del Monitoreo Ciudadano.
4. Redactar la Carta Compromiso que surja de dicho análisis sobre las tareas que son factibles de llevar a cabo, canalizar y gestionar las restantes sugerencias ante las personas o niveles correspondientes.
5. Dar cumplimiento a la Carta Compromiso.
6. Comunicar a los avales ciudadanos el calendario de apertura del Buzón del Sistema Unificado de Gestión programado en la Unidad Médica.
7. Enviar a la jurisdicción copia de la información resultante del Monitoreo Ciudadano (Concentrado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno), así como copia del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)

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

#### 7.3.4.6 Supervisión de las Actividades del Aval Ciudadano

El Aval Ciudadano al ser un programa coordinado, a nivel federal por la DGCEs y a nivel local por los diferentes Servicios Estatales de Salud o Instituciones públicas de Salud, podrá tener supervisiones periódicas (**Anexo 5: Formato de Supervisión**), únicamente por parte de:

1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
2. Servicios Estatales de Salud
3. Auditoría Superior de la Federación, cuando está lo solicite.






#### 7.3.5 Código de Conducta del Aval Ciudadano

El Código de Conducta del Aval Ciudadano es producto del trabajo participativo y consensado de las organizaciones civiles, grupos colegiados y agrupaciones locales que lo integran.

Su fin es orientar éticamente la actuación de los avales ciudadanos, y de este modo lograr mejores relaciones entre la comunidad, los pacientes y el personal de salud, durante el Monitoreo Ciudadano.

Durante el tiempo en el que los avales ciudadanos desempeñen sus funciones deben observar el siguiente código:

**Por medio del siguiente Código de Conducta del Aval Ciudadano me comprometo:**

	<p>A poner todos mis conocimientos, esfuerzos y recursos técnicos al servicio de la mejora de la calidad de los servicios de salud.</p>		<p>A coordinarme con las autoridades de salud haciendo mi mejor esfuerzo por solucionar conflictos manteniendo en todo momento mi independencia de opinión o juicio.</p>
	<p>A enaltecer con mi conducta al mecanismo Aval Ciudadano, para consolidar la cultura de transparencia y rendición de cuentas.</p>		<p>A observar la más estricta discreción y confidencialidad en el manejo de la información que obtengo en el monitoreo ciudadano.</p>
	<p>A conducir todos mis actos en estricto apego a los derechos humanos, y a la tolerancia de todas las creencias e identidades culturales.</p>		<p>A fomentar el flujo e intercambio de información entre autoridades de salud, personal de las unidades y usuarios, de manera veraz y oportuna.</p>
	<p>A pugnar por aumentar la voluntad de participación ciudadana en los servicios de salud para impulsar políticas de cooperación y solidaridad entre instituciones de salud y ciudadanía.</p>		<p>A realizar mi trabajo con estricta neutralidad política, sin desempeñar funciones ni intervenir en procedimientos que no correspondan a mi ámbito de acción.</p>
	<p>A abstenerme de usar el nombre o imagen del Aval Ciudadano para campañas electorales, promoción personal o de otras organizaciones.</p>		<p>A evaluar mi trabajo desde una perspectiva objetiva y crítica, conservando la imparcialidad, aportando siempre evidencias para las decisiones de mejora, sin establecer relaciones o poner condiciones que comprometan el cumplimiento de los propósitos del monitoreo ciudadano.</p>

El Aval Ciudadano puede exigir resultados, pero también ayuda a explicar las realidades en las cuales funcionan las instituciones y con base en ello **propone sugerencias y recomendaciones factibles**, así mismo, destaca en las acciones procedentes los aspectos positivos del funcionamiento de las instituciones del Sector Salud.

## 8. SELECCIÓN E INSTALACIÓN DEL AVAL CIUDADANO



## 8.1 SELECCIÓN

### 8.1.1 Criterios de Selección del aval Ciudadano

Los criterios para seleccionar a las organizaciones o ciudadanos para ser avales ciudadanos son:

Cuadro 4: Criterios de selección de avales ciudadanos		
Para las Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades, otras Instituciones Educativas y Empresas Privadas.	Agrupaciones Diversas no constituidas jurídicamente y Agrupaciones Locales integradas por pacientes o usuarios	Ciudadanos a Título Individual
- Honorabilidad reconocida, por la ciudadanía y por las instituciones oficiales de la localidad.	- Integradas con al menos dos personas de honorabilidad reconocida por la comunidad.	- Honorabilidad reconocida por la comunidad.
- Neutralidad política, comprobada y reconocida por la población y las instituciones locales.	- Ser mayores de 18 años	- Ser mayores de 18 años
- Sin fines de lucro.	- Que dediquen su tiempo y compromiso a la calidad percibida sin compensación económica o retribución alguna.	- Que dediquen su tiempo y compromiso a la calidad percibida sin compensación económica o retribución alguna.
- No haber tenido o tener algún vínculo con la Unidad Médica (sindicatos, comités de salud, patronatos, voluntariado, promotoras de salud, servidores públicos o directivos de los Servicios de Salud).	- No haber tenido o tener algún vínculo con la Unidad Médica (sindicatos, comités de salud, patronatos, voluntariado, promotoras de salud, servidores públicos o directivos de los Servicios de Salud).	- No haber tenido o tener algún vínculo con la Unidad Médica (sindicatos, comités de salud, patronatos, voluntariado, promotoras de salud, servidores públicos o directivos de los Servicios de Salud).
- Tener un carácter académico o bien de representación social.	- Contar con conocimientos o escolaridad que les permita aplicar el Monitoreo Ciudadano (Saber leer y escribir).	- Contar con conocimientos o escolaridad que les permita aplicar el Monitoreo Ciudadano. (Saber leer y escribir)

- Que garanticen la participación activa y el compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud.	- Que garanticen la participación activa y el compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud.	- Que garanticen la participación activa y el compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud.
- Deseos de aprender.	- Deseos de aprender.	- Deseos de aprender.

### 8.1.2 Perfil del Aval Ciudadano a Título Individual

El Aval Ciudadano, además de los criterios de selección y de lo establecido en el Código de Conducta mencionados en el presente documento, debe contar con las siguientes habilidades:

- A. **Facilidad de palabra:** Es necesario, ya que los avales ciudadanos están siempre en comunicación directa con los directivos de las unidades médicas y con los usuarios de los Servicios de Salud.
- B. **Capacidad de análisis:** Para poder enfocar, cuales son las verdaderas prioridades que requiere la unidad para mejorar la calidad y el Trato Digno que otorgan, una vez que ha realizado su Monitoreo Ciudadano.
- C. **Empatía:** Para ponerse en el lugar de los usuarios de los Servicios de Salud y entender las situaciones administrativas por las que pasan los responsables de la Unidad Médica.

La existencia del Aval Ciudadano puede considerarse como una magnífica oportunidad de la sociedad civil para participar con amplitud en aspectos relacionados con la salud, es indudable que la acción conjunta de las instituciones y los avales ciudadanos, pueden mejorar sistemáticamente la calidad de los servicios, en plazos más breves.

Los integrantes del Aval Ciudadano, por sus características de honorabilidad, por representar a una agrupación de servicio y por su participación siempre de buena fe y con alto sentido de responsabilidad, tienen el propósito de colaborar con acciones positivas que buscan mejorar la calidad de los Servicios de Salud. Para realizar las actividades de los avales ciudadanos, es de importancia seguir el Código de Conducta del Aval Ciudadano.

### 8.1.3 Convocatoria y Selección de las Organizaciones Ciudadanas.

Para que una Unidad Médica cuente con Aval Ciudadano, es necesario que se instale de manera formal, a través de un Acta. El Acta de Instalación es el documento que formaliza el inicio de operaciones de los avales ciudadanos en las unidades médicas, ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y las autoridades locales de salud, este documento cuenta con las firmas del Director General de Calidad y Educación en Salud, el Secretario de Salud o Autoridad Institucional<sup>11</sup>, el Responsable de la Unidad Médica y del Aval Ciudadano.

<sup>11</sup> El Secretario de Salud o Autoridad Institucional, puede designar mediante oficio a una autoridad del estado para firmar las Actas de Instalación.

Para instalar avales ciudadanos en las unidades médicas primero se identifica a las organizaciones existentes en la región, para considerar quienes pueden ser avales ciudadanos, en muchos casos, sobre todo en las comunidades rurales, los avales ciudadanos también están integrados por ciudadanos de la localidad como avales ciudadanos a título individual o en agrupaciones locales, debido a la poca existencia de organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones formales, universidades o instituciones académicas, que pudieran fungir como avales ciudadanos.

Las autoridades estatales de salud convocan y seleccionan, con base en los criterios establecidos descritos en el apartado 4.1.3 de este documento, a organizaciones o ciudadanos a título individual a participar como Aval Ciudadano, durante los quince años de operación del Aval Ciudadano, las autoridades estatales de los Servicios de Salud, han emitido convocatorias públicas a nivel estatal y municipal para invitar a conformar el Aval Ciudadano, en otros casos se ha invitado de manera directa a las organizaciones o personas

#### **8.1.3.1 Convocatoria**

Cuando las autoridades de salud estatales o institucionales decidan emitir una convocatoria para instalar a sus avales ciudadanos, en todos los casos deberá ser abierta, señalando los requisitos, las funciones que realizan los avales ciudadanos y la importancia de mantener la independencia de opinión que se requiere para garantizar que se actúe con criterios éticos al avalar el Trato Digno. Dicha convocatoria deberá ser publicada en los medios de comunicación disponibles en el estado o a través de una invitación directa a las organizaciones que cumplan con los criterios de selección establecidos, a nivel local se pueden utilizar periódicos, carteles, sistemas de sonido, pinta de bardas, entre otros según las prácticas, usos, costumbres y necesidades locales, se debe dar preferencia a los avales ciudadanos conformados por Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades y otras Instituciones Educativas, Empresas Privadas, así como a Agrupaciones Locales integradas por usuarios de los Servicios de Salud o personas de la localidad.

#### **8.1.3.2 Invitación directa**

Se puede realizar una invitación directa a ciudadanos de la localidad que cuenten con reconocimiento dentro de su comunidad y que cubran los requisitos descritos en el apartado 4.1.3 para ser avales ciudadanos.

En el caso de que una determinada institución en alguna de las entidades ya cuente con un avance en la instalación de avales ciudadanos del 80% de las unidades médicas, pueden sustituir la emisión de convocatorias y realizar la invitación de manera directa a los ciudadanos o a las organizaciones, siempre y cuando cumplan con los criterios de selección establecidos.

## **8.2 INSTALACIÓN DEL AVAL CIUDADNO**

---

Una vez que se identifica a las organizaciones o avales ciudadanos a título individual, se les da a conocer el mecanismo de Aval Ciudadano, sus funciones y beneficios para la comunidad, si el ciudadano u organización acepta, se procede a instalar formalmente al Aval Ciudadano mediante el Acta de

Instalación, la firma de la misma se formaliza en un evento de toma de protesta y bienvenida a los avales ciudadanos.

Para cada persona (en el caso de los ciudadanos a título individual), organización, agrupación, universidad, centro académico o empresa privada, que se interese en participar como Aval Ciudadano, debe firmarse un Acta de Instalación, para el caso de las agrupaciones locales, (cuando dos ciudadanos o más a título individual se agrupen para ser avales ciudadanos de una misma unidad), se deberá elaborar una sola Acta de Instalación, en donde se plasmen los datos de todos los ciudadanos que serán avales en esa Unidad Médica.

El Sistema de Registro de Aval Ciudadano (SIRAVAL), nos permite mantener actualizada la base de datos de las personas que conforman al Aval Ciudadano, el objetivo del sistema es que cada responsable de una Unidad Médica o jurisdicción sanitaria, registre a su Aval Ciudadano en la plataforma y que de esta manera, se cuente con una base de datos actualizada a nivel nacional con los registros de los avales de todas las unidades. El registro en el SIRAVAL se llevará a cabo de acuerdo a lo establecido en el “Manual de Sistema de Registro de Aval Ciudadano, SIRAVAL”.

Si la cédula cumple con todos los datos y requisitos solicitados, es autorizada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, una vez autorizado el registro, el Responsable Estatal o Institucional de la operación del SIRAVAL, podrá imprimir el Acta de Instalación, la cual se genera en PDF con la firma digital del Director General de Calidad y Educación en Salud y procederá a recabar las firmas correspondientes.

Los responsables de SIRAVAL<sup>12</sup> a nivel estatal<sup>13</sup> tienen como responsabilidad, validar la información registrada, los responsables del SIRAVAL del nivel federal tienen como responsabilidad autorizar el Acta de Instalación, todo este proceso se desarrolla vía internet mediante la plataforma, ubicada en la dirección electrónica <http://desdgces.salud.gob.mx/siraval/>

El respaldo de las actas de instalación para el nivel nacional, estatal e institucional, es la base de datos generada por el SIRAVAL, para acceder a esta base, se requiere del usuario y contraseña asignados al responsable de la operación del sistema a nivel estatal, para las unidades médicas, el respaldo es impreso, ya que este documento es solicitado durante las diferentes auditorias para esta Línea de Acción, por lo cual, se requiere que una impresión firmada en original se encuentre en la Unidad Médica y se entregue un ejemplar al Aval Ciudadano.

### 8.2.1 Vigencia del Acta de Instalación

El Acta de Instalación del Aval Ciudadano únicamente se renueva en las siguientes circunstancias:

1. Cuando el Aval Ciudadano de la unidad es “a título personal”.

---

<sup>12</sup> Se considera responsable de la operación del SIRAVAL, a quien mediante oficio o escrito dirigido a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Responsable Estatal de Calidad o autoridad institucional designe para dar seguimiento el SIRAVAL. A estos se les entrega unas claves de usuario y contraseña para su operación.

<sup>13</sup> En el caso de las Instituciones de Salud que operen a nivel nacional el SIRAVAL, son estos quienes tienen la responsabilidad de validar la información. La DGCEs es la encargada en todos los casos de autorizar los registros de los avales ciudadanos en el SIRAVAL.



2. Cuando el Aval Ciudadano es una Organización o Agrupación Local y cambian todos los integrantes.

Para este caso, se procederá a dar de baja al aval ciudadano o a la Organización/Agrupación Local, del SIRAVAL, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el “Manual para el Registro de Avaluos Ciudadano” y posteriormente, se registrará al nuevo aval ciudadano en el SIRAVAL.

En el caso de las Organizaciones y Agrupaciones Locales, cuando uno o varios de los miembros cambian, pero la organización o agrupación es la misma, sólo se dan de baja a través del SIRAVAL a los integrantes que ya no participaran, y se dan de alta a los nuevos integrantes en el mismo sistema. Esta acción, únicamente la pueden realizar los Responsables de la Operación del SIRAVAL, los cuales cuentan con su clave y usuario asignado a nivel estatal o institucional.

Cuando el Director o Responsable de la Unidad Médica cambia, NO es necesario renovar el Acta, ya que la misma, es la constancia de la fecha en la que se instaló el aval ciudadano en esa unidad, y del director que en su momento estaba en la unidad

### 8.2.2 Capacitación al Aval Ciudadano

La capacitación entendida como fortalecimiento a las capacidades ciudadanas para la participación, está bajo la responsabilidad de la figura del Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano de las entidades federativas y está concebida para facilitar las actividades de los avaluos ciudadanos en un contexto de situaciones muy diversas.

La capacitación otorgada a los avaluos ciudadanos debe incluir una serie de contenidos básicos, como se enlista a continuación:

- Estrategia del Aval Ciudadano y su importancia para el mejoramiento de la calidad y de la transparencia de la información al interior de los Servicios de Salud.
- Monitoreo Ciudadano y criterios utilizados para avalar la información: manejo y elaboración de formatos.
- Formas de seleccionar, analizar y presentar la información.
- Aspectos importantes para propiciar el diálogo y la toma de decisiones conjuntas.
- La Carta Compromiso como herramienta de acción y respuesta institucional hacia la ciudadanía.
- Importancia estratégica de la difusión de resultados entre la ciudadanía y cómo hacerlo.

### 8.2.3 Credencial del Aval Ciudadano

La credencial del Aval Ciudadano, es el documento que lo acredita para realizar las funciones de monitoreo en la Unidad Médica que tiene asignada, contiene la foto del Aval Ciudadano, el nombre completo, en caso de que pertenezca a una agrupación, organización, institución educativa o empresa privada, contiene un espacio para poner el nombre de la misma, cuenta con un espacio para registrar

el nombre de la Unidad Médica en donde se va desempeñar, en el caso de los avales ciudadanos estatales/regionales, jurisdiccionales/delegacionales o municipales, en el espacio “nombre de la unidad” deberá llenarse haciendo referencia al tipo de Aval Ciudadano que es, estatal/regional, jurisdiccional/delegacional o municipal.

La credencial en la parte posterior contiene las firmas de: el Aval Ciudadano, el Responsable de la Unidad Médica y del Secretario de Salud Estatal o de la autoridad institucional o estatal que se haya designado mediante oficio.

Antes de firmar el Acta de Instalación, se solicitará al Aval Ciudadano una identificación: credencial del INE, CURP, pasaporte o alguna identificación oficial vigente, una vez que se identifican, se firma el Acta de Instalación y se acredita a los avales ciudadanos mediante la credencial, entregada por el Responsable Estatal o Institucional de Calidad o de Aval Ciudadano.

<div style="text-align: center;"> <p><b>CONSTRUIR CIUDADANÍA EN SALUD:</b></p>  <p><b>AvalCiudadano</b></p> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Foto del Aval Ciudadano</p> </div> <p><b>Nombre:</b> Escribir nombre del Aval</p> <p><b>Organización:</b> Escribir nombre de la Organización o Agrupación Local (en caso de pertenecer a alguna)</p> <p><b>Nombre de la unidad</b> Escribir nombre de la unidad en donde realizará el monitoreo</p>	<p style="text-align: center;">Fecha:</p> <p style="text-align: center;">Firma del Aval Ciudadano</p> <hr style="border: 1px solid blue; margin: 10px 0;"/> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Firma del Responsable de la Unidad</td> <td style="width: 50%;">Firma de la Autoridad de Salud Estatal o Institucional</td> </tr> </table> <hr style="border: 1px solid blue; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; color: green; font-weight: bold;">Construir ciudadanía en salud</p>	Firma del Responsable de la Unidad	Firma de la Autoridad de Salud Estatal o Institucional
Firma del Responsable de la Unidad	Firma de la Autoridad de Salud Estatal o Institucional		

### 8.2.4 Conflicto de Interés

Se puede producir un conflicto de intereses cuando un Aval Ciudadano antepone sus intereses personales, y estos influyen de forma indebida en su criterio, sus decisiones o acciones.

Estas situaciones pueden afectar tanto a las personas estrechamente vinculadas con el Aval Ciudadano<sup>14</sup> como a los establecimientos de atención médica, al orientar de forma inadecuada la emisión de juicios, toma de decisiones o el inicio de acciones.

El conflicto de interés de un Aval Ciudadano se clasifica de la siguiente manera:

- **Reales:** el Aval Ciudadano se enfrenta a un conflicto real y existente
- **Potenciales:** el Aval Ciudadano se encuentra o podría encontrarse en una situación que podría dar lugar a un conflicto de intereses
- **Percibidos:** el Aval Ciudadano se encuentra o podría encontrarse en una situación que podría percibirse como conflictiva, aunque no sea así

Algunos ejemplos típicos de situaciones en las que pueden surgir conflictos de intereses son: relaciones personales en el Establecimiento de Atención Médica (p. ej., contratación o supervisión por parte del Establecimiento de Atención Médica, de una persona estrechamente vinculada al Aval Ciudadano), mandatos externos (p. ej., formar parte del Consejo de Administración, Asesoramiento o Comité contrario a su función propia como Aval Ciudadano), empleo externo (p. ej., tener un empleo en la función pública), favorecer intereses financieros personales (p. ej., tener una participación importante en una empresa proveedora del Establecimiento de Atención Médica) y recibir honorarios, comisiones, descuentos, obsequios, invitaciones para actividades de entretenimiento o servicios (p. ej., recibir compensación de cualquier personal del Establecimiento de Atención Médica).

Tener un conflicto de intereses no es necesariamente algo malo, pero puede convertirse en un problema si un Aval Ciudadano intenta influir en el resultado de la Operación del Establecimiento de Atención Médica en su propio beneficio, directo o indirecto. Por eso la transparencia, mediante la comunicación, es esencial y contribuye a proteger la integridad y reputación de su función propia como Aval Ciudadano y de sus la línea de acción en general.

Los Aval Ciudadanos deben comunicar al momento de su registro cualquier conflicto de intereses. Durante el desempeño de sus funciones como Aval Ciudadano, tan pronto como él o ella comprenda que puede darse un conflicto de intereses deberá comunicarlo a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y, de ser posible, antes de verse inmerso en él.

Los medios para comunicar cualquier conflicto de interés es a través del Formato: Declaración de No Conflicto de Interés del Aval Ciudadano (**Anexo 6: Formato de Declaración de No Conflicto de Interés del Aval Ciudadano**) disponible en la página web: [http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval\\_ciudadano.html](http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval_ciudadano.html).

Este Formato, será aplicable a los avales ciudadanos que se instalen a partir de que entre en vigor esta Guía Operativa.

---

<sup>14</sup> Por «personas estrechamente vinculadas» se entiende familiares de los Aval Ciudadanos, o personas con las que éstos tienen una relación estrecha (amigos, familiares, etc.).

### 8.3 RECONOCIMIENTO AL AVAL CIUDADANO

---

Este documento que se entrega a los avales ciudadanos es para reconocer su vocación de servicio y sus aportaciones sociales a favor de la salud de la población mexicana, todas las personas que estén registradas en el SIRAVAL como avales ciudadanos, son merecedoras de ese reconocimiento, el cual está firmado por el Director General de Calidad y Educación en Salud.

El Sistema de Registro de Aval Ciudadano, genera un reconocimiento para cada Aval Ciudadano registrado (personas) y también un reconocimiento para cada organización (Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades, Instituciones Educativas, Agrupaciones Diversas, Locales y Empresas Privadas). Es responsabilidad del Responsable Estatal o Institucional de Calidad y Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano, imprimir los reconocimientos y entregarlos a los avales ciudadanos.

### 8.4 CONCLUSIÓN DE PARTICIPACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES.

---

Los avales ciudadanos tendrán una actividad, con límites temporales acordados por las partes (Aval Ciudadano y Responsable de la Unidad Médica), el tiempo mínimo recomendado para permanecer en la función de Aval Ciudadano es de 1 año, esto para que exista continuidad en las actividades del Aval Ciudadano y el seguimiento de las mismas.

En el caso de que un Aval Ciudadano decida dar por concluida su participación, deberá hacerlo por escrito manifestando sus motivos; en este caso, el Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano, deberá dar de baja al Aval Ciudadano en el SIRAVAL, así como buscar un nuevo Aval Ciudadano y actualizar el Acta de Instalación en el mismo sistema.

### 8.5 CAMBIO DE AVAL CIUDADANO

---

Cuando un Aval Ciudadano deja sus funciones, es necesario lo siguiente:

- Informar de forma escrita al Responsable de la Unidad Médica.
- Revisar con el Gestor de Calidad de la unidad o con el Responsable de la Unidad Médica, la documentación de los monitoreos ciudadanos, para dejar evidencia del trabajo del Aval Ciudadano.

Cada cuatrimestre que el Aval Ciudadano realiza el Monitoreo Ciudadano, entrega en original el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) al responsable o gestor de la unidad, este formato debe guardarse en la Unidad Médica junto con un original de la Carta Compromiso y sus respectivas evidencias documentadas de los compromisos cumplidos

- Una vez que se ha revisado la existencia de la documentación en la unidad, el Aval Ciudadano y el gestor o Responsable de la Unidad, firmarán una Minuta de reunión en la que quede constancia de que la información del Aval Ciudadano permanece en la Unidad Médica.
- Solicitar al responsable estatal o institucional de la operación del SIRAVAL, dar de baja al Aval Ciudadano, de acuerdo a lo establecido al apartado 4.3.2 del Manual del Sistema de Registro de Aval Ciudadano.

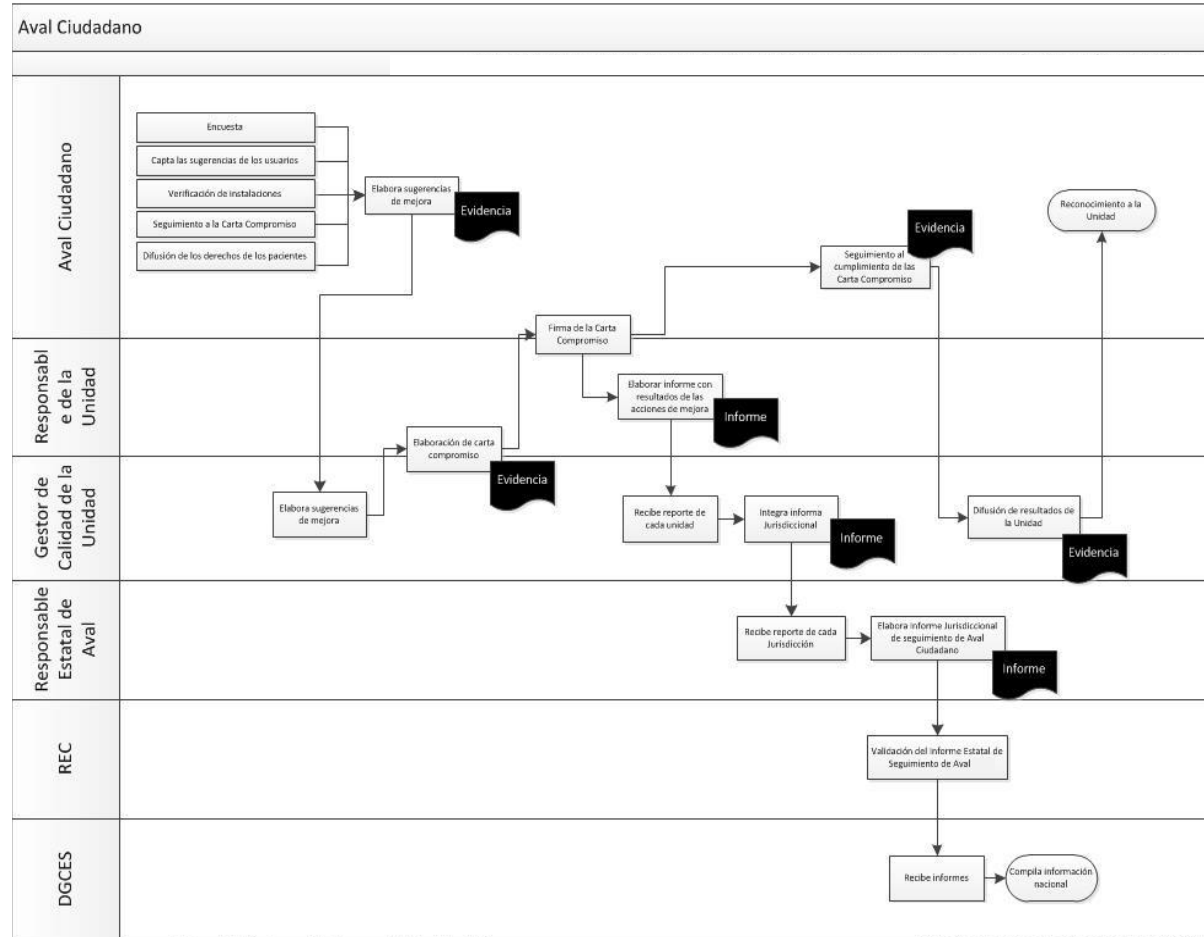
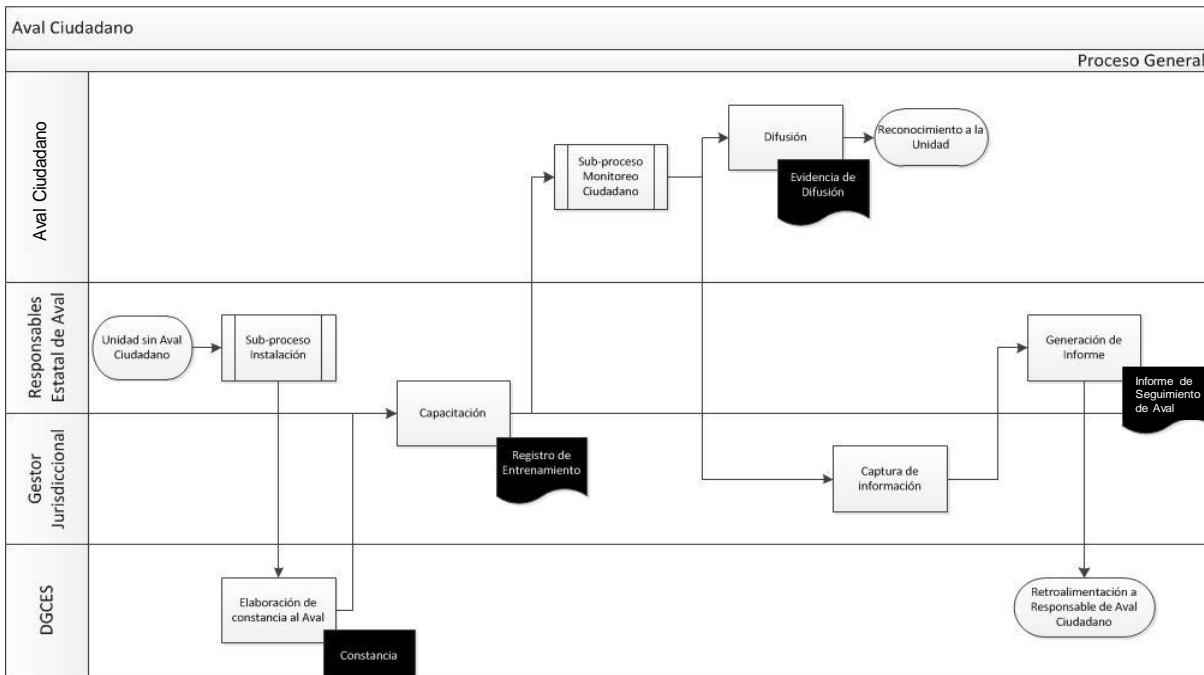
Inmediatamente se buscará a otra persona u organización para reemplazar al Aval Ciudadano, de acuerdo a lo descrito en el apartado 7.1 de esta sección.

Una vez que se tenga al nuevo Aval Ciudadano, el gestor o Responsable de la Unidad Médica, le mostrará todos los documentos del Monitoreo Ciudadano realizados anteriormente, para que esté al tanto de los hallazgos y de las Cartas Compromiso firmadas y de los avances logrados con la participación ciudadana

## 9. MONITOREO CIUDADANO

El Monitoreo Ciudadano como actividad fundamental del Aval Ciudadano se lleva a cabo en todas las unidades médicas del Sector Salud que cuenten con Aval Ciudadano instalado.

Para operar el mecanismo del Aval Ciudadano y ponerlo en práctica se ha diseñado el **método de Monitoreo Ciudadano**, entendiéndose como la medición independiente, sistemática y planificada de la percepción ciudadana sobre el Trato Digno recibido en los Servicios de Salud con el objeto de tomar decisiones que permitan mejorarlos como parte del desarrollo de la cultura de calidad de los Servicios de Salud. El proceso detallado a seguir se describe a continuación:



*El Monitoreo Ciudadano consta de las siguientes actividades:*

- a) Aplicación de **Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno**.
- b) Aplicación del **Formato para el Monitoreo Ciudadano** (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
- c) Captación de las sugerencias de los usuarios en el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
- d) Verificación del estado de la Sala de Espera, Sanitarios, Consultorios.
- e) Entrega de **Sugerencias de Mejora** de la Calidad de los Servicios al Responsable de la Unidad Médica.
- f) Firma de la **Carta Compromiso** con el Responsable de la Unidad Médica.
- g) **Seguimiento** a la Carta Compromiso firmada el cuatrimestre anterior.
- h) **Difusión** de los resultados obtenidos en el Monitoreo Ciudadano.

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

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

El Monitoreo Ciudadano es al azar, es decir, se aplica indistintamente a usuarios que recibieron atención en la Unidad Médica, por lo que no habrá una fecha específica para cada visita, el Aval Ciudadano acudirá a realizar sus Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y las preguntas establecidas en el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) a los usuarios en el tiempo que tenga disponible durante el cuatrimestre, idealmente el Aval Ciudadano acudirá a levantar sus encuestas en diferentes turnos y días. En el último mes de cada cuatrimestre, tendrá que contar con el total de la muestra y llenar todos los apartados del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).

## 9.1 TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra se refiere al número de personas que deben ser encuestadas para considerar que los datos tienen representatividad y que las conclusiones son extrapolables al resto de la población de usuarios.

El tamaño de muestra para la aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno es determinado de manera probabilística considerando las siguientes fórmulas:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq} \quad \text{Fórmula 1}$$

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \quad \text{Fórmula 2}$$

Considerando los siguientes puntos:

1. Que el valor de Z para tener un Intervalo de Confianza de 95% es de 1.96,
2. Se considera una  $p=90\%$  y con base a la proporción de usuarios que se manifiestan satisfechos y muy satisfechos, según la Encuesta de Trato Digno del Aval Ciudadano, misma que superó el 90% durante el año 2016
3. La variable de error muestral para el Establecimiento de Atención Médica en áreas urbanas considera una  $d=5\%$  y un valor de  $d=10\%$  para áreas rurales.
4. El periodo de levantamiento de la Encuesta es de 4 meses

Sustituyendo los valores antes mencionados en la primera fórmula y considerando como población “N” infinita se cumple la condición de la fórmula 2 para calcular el tamaño de muestra, de tal forma que podemos establecer para el periodo de levantamiento de muestra, un tamaño muestral estático por cuatrimestre, independientemente del número de consultas otorgadas por cada Establecimiento <sup>15,16</sup>

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

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

<sup>15</sup> Pimienta Lastra, Rodrigo; Encuestas probabilísticas vs no probabilísticas, Políticas y Cultura; Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco: México; ISSN 0188-7742

<sup>16</sup> Wayne W.Daniel; Bioestadística; Uteha México 2001, 3ª Edición.



El total de encuestas a aplicar (140 en unidades urbanas o 36 en rurales) es en todo el Establecimiento, por lo que a fin de lograr una significancia estadística en los tres servicios, será necesario calcular la proporción de encuestas a aplicar por servicios. Para lo cual se utilizarán las siguientes fórmulas:

Para el servicio de Consulta Externa:

$$n = \frac{CE}{EH + CE + AU} * 140 \text{ si es unidad Urbana } \acute{o} \text{ 36 si es unidad Rural}$$

Para el servicio de Hospitalización:

$$n = \frac{EH}{EH + CE + AU} * 140 \text{ si es unidad Urbana } \acute{o} \text{ 36 si es unidad Rural}$$

Para el servicio de Urgencias:

$$n = \frac{AU}{EH + CE + AU} * 140 \text{ si es unidad Urbana } \acute{o} \text{ 36 si es unidad Rural}$$

Donde:

CE = Total de Consultas Externas otorgadas en el cuatrimestre anterior

EH = Total de Egresos Hospitalarios en el cuatrimestre anterior

AU = Total de Altas Hospitalarias en el cuatrimestre anterior.

### 9.1.1 Muestreo para caravanas tipo I, II y III

La aplicación de las encuestas de Trato Digno y verificación de instalaciones para las caravanas, se realizará en mínimo una de las localidades asignadas a la ruta de las caravanas y en donde se haya instalado el Aval Ciudadano durante el cuatrimestre.

El tamaño de la muestra de usuarios, a la que los avales ciudadanos aplicarán la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en las caravanas será de 36 entrevistados al cuatrimestre, en caso de que la cantidad de usuarios no lo permita, la muestra será el total de pacientes encontrados en la consulta médica el día de la visita del Aval Ciudadano a la caravana.

## 9.2 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Parte de las acciones fundamentales del Aval Ciudadano es la vigilancia del trato digno, esta se ha realizado a través de una encuesta. Originalmente, la encuesta denominada “Encuesta de Trato Digno” consideraba 10 preguntas relacionadas al trato digno del paciente. Sin embargo, esta no había sufrido

modificaciones desde el inicio de la implementación del Programa en 2001, hasta el año 2015 en donde se adicionaron 2 preguntas.

Fue iniciativa de algunos estados y sus avales proponer que se modificara la encuesta y se incluyeran nuevas preguntas y cambios en el sentido de la encuesta, orientadas no sólo al trato con respeto y dignidad en la atención del paciente, se buscaba también involucrar otros aspectos relacionados con la accesibilidad del servicio. Derivada de esta iniciativa local, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, a través de la Subdirección de Vinculación ciudadana y del Departamento de Fortalecimiento y Monitoreo Ciudadano inició una investigación de campo en la que mediante grupos focales se recopiló la información que se consideraba necesaria incluir en el monitoreo ciudadano.

Resultado, de esta labor de investigación, paralelo a la iniciativas nacionales e internacionales respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, se crea la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno

Para el levantamiento de encuestas, el Aval Ciudadano indaga sobre la satisfacción del usuario respecto al tiempo de espera, la atención del personal, la explicación del personal sobre el tratamiento y cuidados, el abasto de medicamentos y el trato recibido, para llevar a cabo el levantamiento de Encuestas de Trato Digno el Aval Ciudadano tendrá que seguir los pasos descritos a continuación:

1. Utilizar el Formato de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
2. Visitar la Unidad Médica para la aplicación de encuestas, durante cada cuatrimestre, en cualquier día y horario de acuerdo a su tiempo disponible, hasta cumplir con la muestra que se requiere.
3. Aplicar las encuestas a los usuarios o acompañantes de los usuarios que ya recibieron atención en la Unidad Médica, para ello deberá situarse en un lugar que le permita captar a los usuarios que ya recibieron atención en los Servicios de Salud (**Anexo 1: ESTAD y concentrados; Anexo 7: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa; Anexo 8: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno en Hospitalización; Anexo 9: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno en Urgencias**)

### **9.3 APLICACIÓN DEL FORMATO DE MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO)**

---

Desde la creación del programa y hasta 2017 se había llenado el formato denominado “Guía de Cotejo” en el cual, gráficamente se visualizaba los reportes emitidos por la unidad y los generados por el Aval Ciudadano, de tal modo que permitía cotejar ambos resultados y avalar o no la información.

En 2018, se crea el Sistema para la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) en el que de forma automática se cotejan los resultados emitidos por la unidad (monitoreo institucional) y los emitidos por el Aval Ciudadano. Por tal motivo, el formato hasta entonces requisitado, deja de ser útil para esta actividad, sin embargo en esta misma Guía de Cotejo se consideraban otros aspectos de

suma importancia para el monitoreo ciudadano, como lo son las sugerencias de mejora y el seguimiento a Cartas Compromiso.

Derivado de lo anterior, la Guía de Cotejo ha cambiado en nombre y estructura para convertirse en el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso), el cual es un instrumento que fomenta el diálogo entre el Aval Ciudadano y el personal de la Unidad Médica, con el fin de tomar decisiones conjuntas para la mejora del Trato Digno.

El Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso, se llena una sola vez cada cuatrimestre. Este formato deberá ser llenado por el Aval Ciudadano, una vez que haya finalizado de aplicar las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, del cuatrimestre. Es necesario que el formato sea llenado a mano y no dejar ningún dato sin llenar.

Este formato cuenta con una sección específica para el Establecimiento de Compromisos (Sección VI debe ser llenada por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, después de analizar las Sugerencias de Mejora del Aval Ciudadano y en su caso, de haber firmado la Carta Compromiso (**Anexo 2: Formato de Monitoreo Ciudadano, sugerencias de mejora y seguimiento a cartas compromiso**))

#### **9.4 REQUISITOS PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA Y LLENADO DEL FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)**

---

1. Cada vez que el Aval Ciudadano acuda al levantamiento de datos deberá presentarse ante el Responsable de la Unidad Médica.
2. Solicitar al Responsable de la Unidad Médica los formatos que va utilizar en la visita: Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
3. Solicitar un área para trabajar en el llenado y análisis de los datos del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
4. Informar al Responsable de la Unidad Médica que al término del levantamiento de la información deberán reunirse ambas partes para analizar la información obtenida.
5. A partir del segundo Monitoreo Ciudadano (segundo cuatrimestre), se incluirá la revisión de las acciones de mejora de la Carta Compromiso, la cual debe registrarse en el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).

#### **9.5 SUGERENCIAS DE MEJORA DEL AVAL CIUDADANO**

---

El Monitoreo Ciudadano concluye con la entrega de las sugerencias de mejora detectadas por el Aval Ciudadano, derivada de sus visitas, el Aval Ciudadano utilizará el apartado correspondiente del Formato

para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso y tomará en consideración lo siguiente:

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

Por ejemplo:

**Cuadro5: Sugerencias de Mejora del Aval Ciudadano:**

Área o Aspecto a Mejorar	Describe su propuesta de mejora
1. Tiempo de Espera	Entregar fichas con horarios establecidos para pasar a consulta.
2. Claridad de la información.	Dar una capacitación al personal de la unidad para que sea más claro en el lenguaje que utiliza con los pacientes.
3. Trato Digno.	Capacitar al personal de la unidad sobre el Trato Digno y derechos humanos.
4. Sala de espera de urgencias.	Conseguir recursos para comprar sillas para los pacientes.
5. Sala de espera de urgencias.	Que se quiten los botes de basura que obstruyen el libre acceso a la sala de espera de urgencias.

*La parte más importante del Monitoreo Ciudadano son las **sugerencias de mejora** del Aval Ciudadano hacia la Unidad Médica, parte de la corresponsabilidad entre el Aval Ciudadano y el personal directivo de las unidades médicas consiste en este diálogo, la entrega de sugerencias de mejora por parte del Aval Ciudadano, y la entrega de la Carta Compromiso por parte del Responsable de la Unidad Médica a éste, las sugerencias de mejora deben estar escritas en el Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) y se entregan al Responsable de la Unidad Médica, una vez que concluye su Monitoreo Ciudadano cuatrimestral.*

El Aval Ciudadano, una vez terminado su Monitoreo Ciudadano, conserva los originales de sus Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, y entrega al Gestor de Calidad o Responsable de la Unidad Médica el concentrado que incluye las respuestas de sus encuestas. En el caso de que el Gestor de la Unidad Médica requiera copia de las Encuestas, solicitará al Aval Ciudadano que le permita sacara copia de las mismas.

En el caso del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso), el Aval Ciudadano entregará el original al Responsable de la Unidad Médica y se quedará una copia, éste formato representa la culminación del Monitoreo Ciudadano de forma cuatrimestral, así como la entrega de sugerencias de mejora elaboradas por el Aval Ciudadano, por esta razón, el original se conserva en la Unidad Médica, ya que sirve para la toma de decisiones por parte del personal de la unidad.

## 10. ANÁLISIS Y TOMA DE DECISIONES PARA LA MEJORA

La Carta Compromiso (**Anexo 3: Carta Compromiso**) es el documento que establece los compromisos que asumen los responsables de las unidades médicas con el Aval Ciudadano para la mejora de la atención, a través de la participación ciudadana, este documento, resulta de la aplicación de los instrumentos (Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno y Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) que utiliza el Aval Ciudadano para conocer la opinión de los usuarios, en relación al trato que reciben de los prestadores de los Servicios de Salud.

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

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

### 10.1 Firma y entrega de la Carta Compromiso

---

El análisis de factibilidad de las recomendaciones propuestas por el Aval Ciudadano, realizado por el Director de la Unidad Médica con su equipo, da lugar a una **Carta Compromiso**, en la cual acuerda en llevar a cabo los trabajos que estén dentro de sus posibilidades para atender dichas recomendaciones, una vez que el Responsable de la Unidad Médica conjuntamente con su equipo de trabajo analiza las sugerencias de mejora que el Aval Ciudadano propone, establece los compromisos a cumplir.

La Carta Compromiso es una herramienta que cumple dos funciones: externa, como elemento de comunicación y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano; e interna mediante la cual el personal de salud representado por el director o responsable, asume el

encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios, al Aval Ciudadano le ayuda para programar visitas subsecuentes a la Unidad Médica a partir de las fechas en las que se espera haber cumplido los compromisos, y al director de la unidad para asesorar o gestionar el cumplimiento de los compromisos de las solicitud de la atención, así como para llevar el control de las fechas establecidas para atender las acciones o proyectos de mejora.

En aquellos casos en que las recomendaciones excedan el ámbito de responsabilidad de la autoridad local, no serán consideradas en la Carta Compromiso y deben ser remitidas a niveles superiores con objeto de considerar las expectativas de los usuarios en los presupuestos y el Plan Operativo Anual de entidades federativas.

*Todas las sugerencias de mejora del Aval Ciudadano referentes a la mejora del Trato Digno deben ser atendidas, los casos en que por NO CONTAR CON RECURSOS, deben derivarse a las autoridades de salud jurisdiccionales o estatales son:*

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

*Si la Unidad Médica cuenta con los recursos necesarios para dar cumplimiento a acuerdos de este tipo (equipo, infraestructura, contratación de personal), puede acordar en la Carta Compromiso acuerdos relacionados con estos aspectos.*

La Carta Compromiso debe contener:

- El área de oportunidad de mejora identificada por los usuarios, el Aval Ciudadano y el personal de salud de acuerdo con los resultados obtenidos durante el Monitoreo Ciudadano, expresando el criterio como un indicador que facilite evaluar su mejora.
- Actividades a implementar para la mejora y fecha de ejecución.
- Nombre del personal encargado de coordinar el equipo de trabajo que implementará la mejora.
- Fecha de inicio y conclusión del compromiso, el cuál debe ser acorde al mismo.

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

A fin de llevar un control adecuado de los compromisos pactados y cumplidos, solo se deberá describir **un compromiso por carta**. Por lo que podrá haber más de una Carta Compromiso por área y/o cuatrimestre

## 10.2 Seguimiento a la Carta Compromiso

---

La Unidad Médica se compromete a presentar avances al Aval Ciudadano hasta el cumplimiento de las actividades comprometidas de acuerdo a las fechas establecidas, en condiciones óptimas, los compromisos de Trato Digno deben cumplirse en su totalidad en el siguiente cuatrimestre.

Cada cuatrimestre el Aval Ciudadano dará seguimiento a sus Cartas compromiso en el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso, hasta su cumplimiento, para esta actividad, el Aval Ciudadano será apoyado por el Gestor de Calidad o por el Responsable de la Unidad Médica, quien le presentará las evidencias documentadas del cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso, las evidencias documentadas pueden ser oficios, fotografías, listas de asistencia, entre otras.

El Aval Ciudadano, registrará estas evidencias de cumplimiento de los acuerdos, en la sección V del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso. Una vez que entregue dicho formato al Responsable de la Unidad o Gestor de Calidad, éste enviará a las autoridades jurisdiccionales con la finalidad de dar seguimiento al apartado TERCERO del oficio circular DGCES-DG-04067-2015.

## 10.3 Planes de Mejora Continua

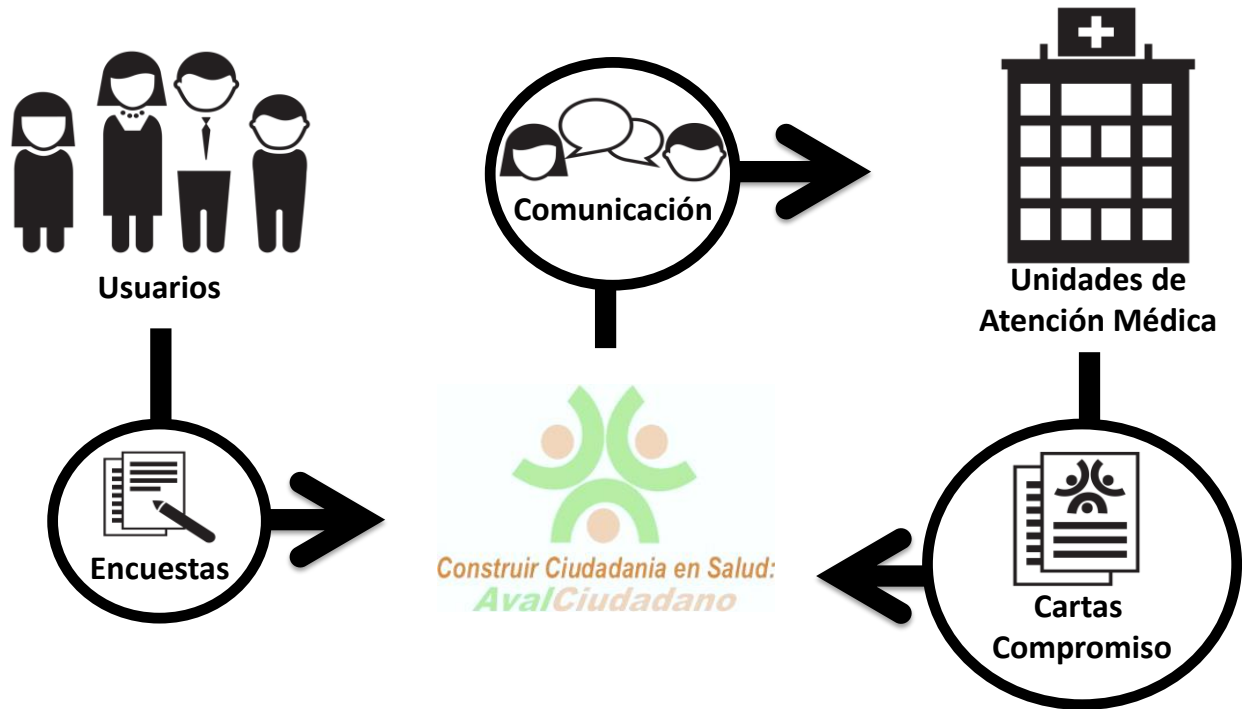
---

El Plan de Mejora Continua es una estrategia para dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad del paciente de los Servicios de Salud.

Las sugerencias del Aval Ciudadano que no puedan solucionarse en la Unidad Médica (infraestructura, compra de equipo, contratación de personal), se tendrán que contemplar en el Plan de Mejora Continua de la unidad, en las unidades médicas que cuentan con Gestor de Calidad, se revisarán estas sugerencias en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente COCASEP (unidades de más de 5 núcleos básicos), con el fin de que se incluyan en el Plan de Mejora Continua.

En el caso de las unidades médicas de menos de 5 núcleos básicos, el Gestor de Calidad o en su caso, el Responsable de la Unidad Médica, enviarán al nivel jurisdiccional mediante oficio o memorándum, las sugerencias de mejora entregadas por el Aval Ciudadano que no se pueden cumplir en su unidad, con el fin de que se les dé seguimiento y se integren a los Planes de Mejora Continua de la Jurisdicción. Cuando se de esta situación, entregará una copia del oficio o memorándum al Aval Ciudadano, para que esté enterado de que se le está dando seguimiento a sus peticiones.

### Mecanismo de participación Ciudadana: Aval Ciudadano





## 11. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A USUARIOS Y CIUDADANÍA

En forma periódica el responsable de cada Unidad Médica y el Aval Ciudadano elaboran y aplican el plan de comunicación a los usuarios y a la ciudadanía sobre los resultados del monitoreo de Trato Digno y los avances en las mejoras, de acuerdo con los compromisos previstos. La divulgación de la información a la ciudadanía se hace de tal manera que no solamente da a conocer resultados sino que, en muchos casos, permite generar un verdadero dialogo entre las instituciones y la sociedad civil, para lograr este doble objetivo, la información debe reunir ciertas características:

- Mostrar los resultados comparativos del Monitoreo Institucional (Unidad Médica) y Monitoreo Ciudadano (Aval Ciudadano).
- Mostrar aspectos del trabajo de las unidades de salud que son de interés para la ciudadanía y por lo tanto claves para un servicio de salud de calidad.
- Ser fácilmente comprensible y significativa para la población.
- Ser comprobable y oportuna.

Lo importante de este proceso de comunicación es que la población cuente con un espacio para expresar libremente su opinión acerca de las acciones que le conciernen para que, a través del diálogo, también pueda comprender el esfuerzo que realiza el personal y las instituciones de salud en la mejora de la calidad de la atención y cerciorarse de la respuesta a la agenda de salud propuesta.

La difusión de la información puede realizarse de manera conjunta entre el Aval Ciudadano y el personal de salud, o de forma independiente, según se haya acordado entre ambas partes, pueden emplearse todos los medios al alcance de las organizaciones ciudadanas, tanto convencionales como alternativos, entre los convencionales: radio, televisión, internet, prensa, trípticos, carteles, entre los alternativos: teatro, canto, pancartas, mantas, megáfonos, reuniones y charlas, el Responsable de la Unidad Médica asignará un espacio en el pizarrón de la sala de espera, para que el Aval Ciudadano difunda sus resultados.

## 12. ENTREGA DE LA INFORMACIÓN ESTATAL O INSTITUCIONAL DE AVAL CIUDADANO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.

Cada cuatrimestre, una vez capturada la información en el Sistema de Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, las autoridades estatales, jurisdiccionales y locales (Directores del Establecimiento de Atención Médica) podrán obtener los resultados de la encuesta y tomar acciones a fin de analizar la transparencia de los resultados del Monitoreo Institucional y los resultados de los demás criterios para definir cursos de acción de mejora. De igual modo, la Subdirección de Vinculación Ciudadana de

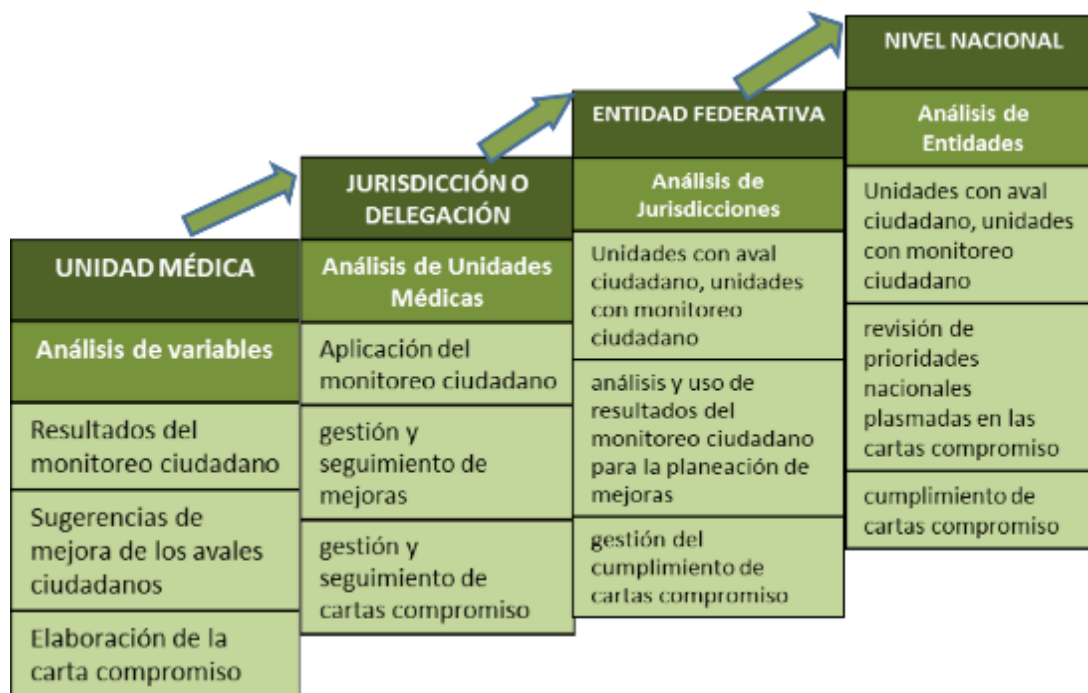
manera cuatrimestral, analizará las bases de datos del Sistema a fin de poder generar un informe Nacional de Aval Ciudadano el cual será publicado en la página web de la DGCES<sup>17</sup>

El Comité Estatal de Calidad en Salud, los responsables jurisdiccionales y los directivos de las unidades médicas y de los hospitales federales deberán conocer y utilizar los resultados del Monitoreo Ciudadano para analizar la transparencia de los resultados del Monitoreo Institucional y los resultados de los demás criterios para definir cursos de acción de mejora.

El resguardo de la documentación generada del Monitoreo Ciudadano (Concentrado de la Encuesta de Satisfacción: Trato Adecuado y Digno, Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) y Carta Compromiso) es responsabilidad de cada establecimiento de atención médica, así como del seguimiento a los resultados locales.

Respecto al seguimiento de los resultados nacionales y estatales, el seguimiento será por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

### Flujo de Información del Monitoreo Ciudadano para la Toma de Decisiones



Cada Unidad Médica es responsable de analizar la información generada del Monitoreo Ciudadano, la jurisdicción o delegación será la encargada de analizar la información de sus unidades médicas y enviar un informe a las autoridades estatales de salud, el Responsable Estatal o Institucional de Calidad junto con el Responsable Estatal o Institucional de Aval Ciudadano, recaba y analiza la información de todas las jurisdicciones de su entidad y genera el Informe Estatal de Aval Ciudadano, el cuál envía a la

<sup>17</sup> <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/aval-ciudadano-construir-ciudadania-en-salud-44217>.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ésta integra, reporta y analiza la información del Aval Ciudadano de todo el país, para generar el Informe Nacional de Aval Ciudadano.

### 13. INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS DE AVAL CIUDADANO

Un elemento más en la fortaleza del Aval Ciudadano lo constituye el diálogo y reflexión con otros avales ciudadanos; para ello deben canalizarse esfuerzos para propiciar reuniones locales, jurisdiccionales y estatales entre grupos de avales ciudadanos, que favorezcan el intercambio de experiencias sobre los avances en el monitoreo de indicadores de Trato Digno y la mejora de los Servicios de Salud.

Los Encuentros Estatales de Aval Ciudadano, han demostrado que compartir experiencias exitosas de las actividades del Aval Ciudadano, motiva a otros avales ciudadanos a comprometerse con su comunidad, realizando las actividades del Monitoreo Ciudadano. En algunas entidades, se invita a avales ciudadanos de otros estados o de otras instituciones, con la finalidad de que el intercambio de experiencias sea de mayor riqueza.

Estas reuniones de avales ciudadanos deben verse también, como un reconocimiento al trabajo voluntario de todas las personas que son avales ciudadanos, ya que estos no reciben ninguna retribución económica por parte de la institución, ya que su participación es voluntaria, pero es importante que se les otorguen espacios como los encuentros estatales, como una manera de incentivarlos.

### 14. RECONOCIMIENTO DEL AVAL CIUDADANO A LAS UNIDADES MÉDICAS

Durante los quince años que ha operado el Aval Ciudadano, se ha reconocido tanto a los prestadores de servicios que son distinguidos por sus propios pacientes con calificativos de excelentes profesionales de la salud, como aquellas unidades médicas que se han destacado en este esfuerzo de manera integral.

El Aval Ciudadano puede entregar un reconocimiento por la mejora del Trato Digno y la transparencia de la información a las unidades médicas, el Aval Ciudadano tiene que haber sido testigo de la mejora de la calidad en la unidad y del trato, este reconocimiento lo entregan los avales ciudadanos después de transcurrido un año de trabajo y diálogo mutuo con la Unidad Médica y puede ser de acuerdo a los recursos que tengan disponibles los avales ciudadanos (cartulina, placa, entre otros materiales).

### 15. GLOSARIO

**Aval Ciudadano:** El Aval Ciudadano es un mecanismo de participación ciudadana que evalúa la percepción de los usuarios de la atención médica y del trato otorgado por las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de coadyuvar en la mejora del Trato Digno y la calidad en los servicios que se brinda a los usuarios. En forma independiente y responsable contribuye a evaluar los Servicios de Salud, ayudando a las instituciones a obtener la confianza de los usuarios.

**Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP):** El órgano colegiado de carácter técnico consultivo, que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de la atención en los Establecimientos de Atención Médica, y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la Seguridad del Paciente.

**Corresponsabilidad:** Compromiso de la ciudadanía y las instituciones de acatar las decisiones mutuamente convenidas, reconocer y garantizar los derechos de los ciudadanos a decidir sobre los asuntos públicos.

**Democracia:** Igualdad de oportunidades de los ciudadanos para ejercer influencia en la toma de decisiones públicas, sin discriminaciones políticas, económicas, religiosas, raciales, ideológicas, de género o de ninguna otra especie.

**Inclusión:** Consecuencia de la democracia, fundamento de toda gestión pública socialmente responsable. Engloba y comprende las opiniones de quienes desean participar, reconoce diversidades y promueve el desarrollo equitativo de la sociedad.

**Legalidad:** Garantía de que las decisiones estarán apegadas a derecho. Incluye el derecho de la ciudadanía a la información y la obligación expresa de las instituciones de proporcionarla.

**Respeto:** Reconocimiento pleno a la diversidad de visiones y posturas, asumidas libremente en torno a los asuntos públicos, incluyendo la libertad de elegir cómo, cuándo y dónde se participa en la vida pública.

**Solidaridad:** Disposición de toda persona para asumir los problemas de otros como propios, haciendo a un lado egoísmos e intereses particulares.

**Sustentabilidad.** Responsabilidad de que las decisiones asumidas hoy, aseguren a las generaciones futuras los mismos beneficios que buscan para las presentes.

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

**Transparencia:** La accesibilidad a toda la información relacionada con los Servicios de Salud, como también el carácter público y abierto de las acciones relacionadas con el Aval Ciudadano.

**Tolerancia:** Garantía de reconocimiento y respeto a las diferencias y la diversidad de quienes conforman la sociedad, como elemento esencial en la construcción de consensos.

**16. ANEXOS**

**16.1 Anexo 1: ESTAD y Concentrados**

**16.1.1. ESTAD – Consulta Externa**

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

Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
3	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudio a la consulta?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No acudio a consulta (pasar a la pregunta 13)																											
4	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si																											
		b) No																											
5	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No le recetaron medicamentos																											
6	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No le mandaron cuidados																											
7	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si																											
		b) No																											
8	¿Dejo de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No cobran																											
9	¿En algun momento dejo de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si																											
		b) No																											
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si																											
		b) No																											
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Si																											
		b) No																											
12	Durante su visita a esta unidad medica, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)																											
		b) No (pasar a la pregunta 13)																											
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si																											
		b) No																											
13	En relacion a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron																											
		b) Le falta alguno(s) de los que le recetaron																											
		c) No se los dieron																											
		d) No le recetaron																											
		e) Tendrá que comprar alguno(s)																											
14	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																											
		b) Regular (mas o menos satisfecho)																											
		c) Nada (insatisfecho)																											
<b>Sección IV Firmas</b>																													
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional														Nombre y firma del Responsable del Establecimiento															
• Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) ..... • Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) ..... • Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) .....														Proporción de sujetos a encuestar del area de consulta externa = $\frac{CE}{(EH + CE + AU)} \times$ .....															
														140 encuestas para MI en Unidad Urbana 0 96 encuestas para MI en Unidad Rural 0 140 encuestas para AC en Unidad Urbana 0 36 encuestas para AC en Unidad Rural															
* MI: Monitor Institucional * AC: Aval Ciudadano																													

### 16.1.2. Concentrados – Consulta Externa

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO							CONSULTA EXTERNA CONCENTRADO		
<b>Sección I Datos del Establecimiento.</b>		Formato FI/II CE-C									
Nombre del Establecimiento: _____		CLUES del Establecimiento: _____			Institución: _____						
Estado: _____		Municipio: _____			Localidad: _____						
Fecha: _____		Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre			Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano						
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:		<input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC)			<input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)		Establecimiento Acreditado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
<b>INSTRUCCIONES:</b>		1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente. 2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.									
CONCENTRADO DE INFORMACIÓN											
Sección II	Entrevistados	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
	Turno de atención	a) Matutino									
		b) Vespertino									
		c) Nocturno									
		d) Jornada Especial									
	Sexo	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular									
		b) IMSS									
		c) IMSS Prospera									
		d) ISSSTE									
		e) SEDENA									
		f) SEMAR									
		g) PEMEX									
		h) DIF									
		i) Otro									
		El entrevistado es:	a) Paciente								
	b) Acompañante										
	Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años									
		b) Entre 16 y 24 años									
		c) Entre 25 y 44 años									
		d) Entre 45 y 65 años									
		e) Mayor a 65 años									
Sección III	Preguntas	Respuestas entrevistados									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí									
		b) No									
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínico									
		e) Personal de Trabajo Social									
		f) Personal de Laboratorio									
		g) Personal de Rayos X									
		h) Personal de Farmacia									
		i) Personal de la Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular									
		l) Personal de Vigencia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN											
Sección III	Preguntas	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
3	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudio a la consulta?	a) Si									
		b) No									
		c) No acudio a consulta (pasar a la pregunta 13)									
4	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si									
		b) No									
5	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si									
		b) No									
		c) No le recetaron medicamentos									
6	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si									
		b) No									
		c) No le mandaron cuidados									
7	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si									
		b) No									
8	¿Dejo de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Si									
		b) No									
		c) No cobran									
9	¿En algun momento dejo de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si									
		b) No									
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si									
		b) No									
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Si									
		b) No									
12	Durante su visita a esta unidad medica, ¿tuvo dolor?	a) Si									
		b) No									
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si									
		b) No									
13	En relacion a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron									
		b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron									
		c) No se los dieron									
		d) No le recetaron									
		e) Tendrá que comprar alguno(s)									
14	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)									
		b) Regular (mas o menos satisfecho)									
		c) Nada (Insatisfecho)									
<b>Sección IV Firmas</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>_____ Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>_____ Nombre y firma del Responsable del Establecimiento</p> </div> </div>											



### 16.1.3. ESTAD – Urgencias

SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		URGENCIAS																											
<b>Sección I Datos del Establecimiento.</b>		Formato FI/II URG-E																											
Nombre del establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____																													
Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____																													
Fecha: _____		Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre										Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano																	
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																													
<b>INSTRUCCIONES:</b>		1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.																											
Sección II Datos del entrevistado		Entrevistado																											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total		
Turno de atención	a) Matutino																												
	b) Vespertino																												
	c) Nocturno																												
	d) Jornada Especial																												
Sexo	a) Mujer																												
	b) Hombre																												
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular																												
	b) IMSS																												
	c) IMSS Prospera																												
	d) ISSSTE																												
	e) SEDENA																												
	f) SEMAR																												
	g) PEMEX																												
	h) OIF																												
	i) Otro																												
El entrevistado es:	a) Paciente																												
	b) Acompañante																												
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años																												
	b) Entre 16 y 24 años																												
	c) Entre 25 y 44 años																												
	d) Entre 45 y 65 años																												
	e) Mayor a 65 años																												
Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado																											
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total		
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico																											
		b) Personal de Enfermería																											
		c) Personal de Recepción																											
		d) Personal de Archivo Clínico																											
		e) Personal de Trabajo Social																											
		f) Personal de Laboratorio																											
		g) Personal de Rayos X																											
		h) Personal de Farmacia																											
		i) Personal de la Caja																											
		j) Personal de Vigilancia																											
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular																											
		l) Personal de Vigencia de Derechos																											
		m) Personal del Módulo de Incapacidades																											
		2	¿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 del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
3	¿Cuanto tiempo espero antes de ser atendido?	a) 0-15 min																											
		b) 16-30 min																											
		c) 31-60min																											
		d) Mas de 60min																											
		e) No contesto																											
4	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudio al servicio de urgencias?	a) Si																											
		b) No																											
5	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si																											
		b) No																											
6	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No le recetaron medicamentos																											
7	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si																											
		b) No																											
		c) No le mandaron cuidados																											
8	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si																											
		b) No																											
9	¿En algun momento dejo de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si																											
		b) No																											
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si																											
		b) No																											
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Si																											
		b) No																											
12	Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)																											
		b) No (pasar a la pregunta 13)																											
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si																											
		b) No																											
13	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																											
		b) Regular (mas o menos satisfecho)																											
		c) Nada (Insatisfecho)																											
Sección IV Firmas																													
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional														Nombre y firma del Responsable del Establecimiento															
- Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) _____														140 encuestas para MI en Unidad Urbana o 96 encuestas para MI en Unidad Rural															
- Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____														Proporcion de sujetos a encuestar del area de urgencias = $\frac{AU}{(EH + CE + AU)} \times$ _____															
- Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____														140 encuestas para AC en Unidad Urbana o 36 encuestas para AC en Unidad Rural															
* MI: Monitor Institucional * AC: Aval Ciudadano																													

### 16.1.4. Concentrados Urgencias

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO								URGENCIAS CONCENTRADO	
<b>Sección I Datos del Establecimiento.</b>		Formato FI/II URG-C									
Nombre del Establecimiento: _____		CLUES del Establecimiento: _____				Institución: _____					
Estado: _____ Municipio: _____		Localidad: _____									
Fecha: _____		Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre				Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano					
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:		<input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC)		<input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)		Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>INSTRUCCIONES:</b>		1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente. 2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.									
CONCENTRADO DE INFORMACIÓN											
Sección II	Entrevistados	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
	Turno de atención	a) Matutino									
		b) Vespertino									
		c) Nocturno									
		d) Jornada Especial									
	Sexo	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular									
		b) IMSS									
		c) IMSS Prospera									
		d) ISSSTE									
		e) SEDENA									
		f) SEMAR									
		g) PEMEX									
		h) DIF									
	i) Otro										
	El entrevistado es:	a) Paciente									
		b) Acompañante									
	Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años									
		b) Entre 16 y 24 años									
		c) Entre 25 y 44 años									
		d) Entre 45 y 65 años									
		e) Mayor a 65 años									
Sección III	Preguntas	Respuestas entrevistados									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) SI (pasar a la pregunta 2)									
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)									
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínico									
		e) Personal de Trabajo Social									
		f) Personal de Laboratorio									
		g) Personal de Rayos X									
		h) Personal de Farmacia									
		i) Personal de la Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular									
	l) Personal de Vigilancia de Derechos										
	m) Personal del Módulo de Incapacidades										
2	¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) SI									
		b) No									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN										
Preguntas	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
3	¿Cuanto tiempo espero antes de ser atendido?	a) 0-15 min								
		b) 16-30 min								
		c) 31-60min								
		d) Mas de 60min								
		e) No contesto								
4	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudio a urgencias?	a) Si								
		b) No								
5	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si								
		b) No								
6	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si								
		b) No								
		c) No le recetaron medicamentos								
7	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si								
		b) No								
		c) No le mandaron cuidados								
8	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si								
		b) No								
9	¿En algun momento dejo de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si								
		b) No								
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si								
		b) No								
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Si								
		b) No								
12	Durante su visita a urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)								
		b) No (pasar a la pregunta 13)								
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si								
		b) No								
13	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)								
		b) Regular (mas o menos satisfecho)								
		c) Nada (Insatisfecho)								
<p><b>Sección IV Firmas</b></p> <p>_____ Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional</p> <p>_____ Nombre y firma del Responsable del Establecimiento</p>										


### 16.1.5. ESTAD – Hospitalización

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



Preguntas		Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí																											
		b) No																											
		c) No aplica																											
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Sí																											
		b) No																											
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí																											
		b) No																											
6	¿Entendió usted como debiera tomar los medicamentos?	a) Sí																											
		b) No																											
		c) No le recetaron medicamentos																											
7	¿Entendió usted los cuidados que debiera seguir en su casa?	a) Sí																											
		b) No																											
		c) No le mandaron cuidados																											
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí																											
		b) No																											
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí																											
		b) No																											
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí																											
		b) No																											
11	¿Considera que el médico paso suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí																											
		b) No																											
12	Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1)																											
		b) No (pasar a la pregunta 13)																											
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí																											
		b) No																											
13	En relación a los medicamentos que necesito durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesito																											
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compro																											
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar																											
14	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																											
		b) Regular (mas o menos satisfecho)																											
		c) Nada (Insatisfecho)																											
<b>Sección IV Firmas</b>																													
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional														Nombre y firma del Responsable del Establecimiento															
Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) .....														140 encuestas para MI en Unidad Urbana o 96 encuestas para MI en Unidad Rural															
Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) .....														Proporcion de sujetos a encuestar del area de hospitalizacion = $\frac{EH}{(EH + CE + AU)} \times$ .....															
Total de citas de urgencias (Variable llamada = AU) .....														140 encuestas para AC en Unidad Urbana o 36 encuestas para AC en Unidad Rural															
* MI: Monitor Institucional * AC: Aval Ciudadano																													

### 16.1.6. Concentrados – Hospitalización

SECCIÓN I		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO									
		<b>HOSPITALIZACIÓN CONCENTRADO</b>									
Sección I Datos del Establecimiento		Formato FI/II HOSP-C									
Nombre del Establecimiento: _____ CLUES del Establecimiento: _____ Institución: _____											
Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____											
Fecha: _____ Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano									
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)		Establecimiento Acreditado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
<b>INSTRUCCIONES:</b>		1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente. 2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.									
CONCENTRADO DE INFORMACIÓN											
Sección II	Entrevistados	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
	Turno de atención	a) Matutino									
		b) Vespertino									
		c) Nocturno									
		d) Jornada Especial									
	Sexo	a) Mujer									
		b) Hombre									
	Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular									
		b) IMSS									
		c) IMSS Prospera									
		d) ISSSTE									
		e) SEDENA									
		f) SEMAR									
		g) PEMEX									
		h) DIF									
		i) Otro									
	El entrevistado es:	a) Paciente									
		b) Acompañante									
	Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años									
		b) Entre 16 y 24 años									
		c) Entre 25 y 44 años									
		d) Entre 45 y 65 años									
		e) Mayor a 65 años									
Sección III	Preguntas	Respuestas entrevistados									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)									
		b) No (pasar a la pregunta 1.1)									
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínico									
		e) Personal de Trabajo Social									
		f) Personal de Laboratorio									
		g) Personal de Rayos X									
		h) Personal de Farmacia									
		i) Personal de la Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular									
		l) Personal de Vigilancia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí									
		b) No									

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN										
Preguntas	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Gran Total
3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si								
	b) No									
	c) No aplica									
4	¿El medico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Si								
		b) No								
5	¿El medico le dio explicaciones faciles de entender?	a) Si								
		b) No								
6	¿Entendio usted como debera tomar los medicamentos?	a) Si								
		b) No								
		c) No le recitaron medicamentos								
7	¿Entendio usted los cuidados que debera seguir en su casa?	a) Si								
		b) No								
		c) No le mandaron cuidados								
8	El medico al decidir su tratamiento, ¿tomo en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si								
		b) No								
9	¿En algun momento deje de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugia, rehabilitacion) por no poder pagarlo?	a) Si								
		b) No								
10	¿Dejo de tomar algun medicamento por no poder pagarlo?	a) Si								
		b) No								
11	¿Considera que el medico paso suficiente tiempo con usted durante su hospitalizacion?	a) Si								
		b) No								
12	Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)								
		b) No (pasar a la pregunta 13)								
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Si								
		b) No								
13	En relacion a los medicamentos que necesito durante su hospitalizacion:	a) Le dieron todos los que necesito								
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compre								
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar								
14	¿Que tan contento (satisfecho) esta con la calidad de la Atencion Medica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)								
		b) Regular (mas o menos satisfecho)								
		c) Nada (Insatisfecho)								
<p><b>Sección IV Firmas</b></p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma del Responsable del Establecimiento</p>										



## 16.2 Anexo 2: Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)



SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD  
 AVAL CIUDADANO  
 FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)



**Sección I. Datos del Establecimiento (Unidad Médica /Hospital)**

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

**Sección II. Identificación de Oportunidades de Mejora derivadas de revisión por parte del Aval Ciudadano y de las reportaciones de los usuarios**

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "✓" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "✓".  
 1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indíquelo en qué lugar los puede ver:  
 1 2 3 4 5 Total de "✓"

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica.  
 2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indíquelo en qué lugar lo puede ver:  
 ¿Qué es lo que NO le gusta de la Unidad? ¿Cómo sugiere que se mejore?

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

**CONFORT DE LAS INSTALACIONES**

**INSTRUCCIONES:** Después de realizar una revisión a la Unidad Médica, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente, sume de lado a lado las "✓" y colóquelo el total de "✓" en el apartado correspondiente. (Total).

Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema								Total
Privacidad	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Instalaciones	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Acceso al público	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Ventilación	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Iluminación	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Superficies y pintura	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Señalización	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
Limpieza y orden	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					
	Sala de Espera	Sanitarios	Consulta Externa	Hospitalización					

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

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

1	
2	
3	

**SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora**

**INSTRUCCIONES:** Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica

**Area o tema que sugiere se mejore**

¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse

1

2

3

4

5

**SECCIÓN V. Seguimiento a Carta Compromiso**

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "v" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo(S) establecido(S) en la Carta Compromiso del(los) cuatrimestre(s) anterior(es).

Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	¿Se cumplió la Carta?		Acuerdo establecido en la Carta Compromiso											
	Año		Evidencia del Cumplimiento											
1	Ene-Abr May-Ago Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agendas	Blatocenas	Constancias	Facur re	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u otras	Minutas	Otras	
2	Ene-Abr May-Ago Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agendas	Blatocenas	Constancias	Facur re	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u otras	Minutas	Otras	
3	Ene-Abr May-Ago Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agendas	Blatocenas	Constancias	Facur re	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u otras	Minutas	Otras	
4	Ene-Abr May-Ago Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agendas	Blatocenas	Constancias	Facur re	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u otras	Minutas	Otras	
5	Ene-Abr May-Ago Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agendas	Blatocenas	Constancias	Facur re	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u otras	Minutas	Otras	

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

**SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos**

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

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

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad médica

### 16.3 Anexo 3: Carta Compromiso



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



**SALUD**  
 SECRETARÍA DE SALUD

**Sección I Datos del establecimiento**

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre

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

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

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

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

**Sección II Firmas**

Director o Responsable del Establecimiento de Atención Médica \_\_\_\_\_ Aval Ciudadano \_\_\_\_\_

Nombre y firma: \_\_\_\_\_ Nombre y firma: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ Organización o Agrupación: \_\_\_\_\_



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



1. Carta compromiso firmada con el Aval Ciudadano
  - a. La Carta Compromiso es el resultado de la aplicación de los instrumentos (Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno, Formato Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Verificación de Instalaciones) que utiliza el Aval Ciudadano para conocer la opinión de los pacientes y familiares, en relación al trato que reciben de los prestadores de los servicios de salud.
  - b. Tiene como propósito ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano.
  - c. En una reunión de trabajo el Aval Ciudadano presenta al responsable de la unidad médica y al personal del servicio evaluado (consulta externa, urgencias u hospitalización) los resultados de la aplicación de encuestas a pacientes y familiares y sus sugerencias de mejora establecidas en la sección IV del Formato Monitoreo Ciudadano.
  - d. Una vez que el responsable de la unidad médica conjuntamente con su equipo de trabajo analiza las sugerencias de mejora que el Aval Ciudadano propone, establece los compromisos a cumplir.
  - e. La Carta Compromiso entra en vigor a partir de la fecha en que la firmen ambas partes.
2. Aspectos que deben incluirse a la carta compromiso
  - a. Acuerdos referidos a las observaciones, resultados de la Encuesta de Trato Digno y Formato Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Verificación de Instalaciones), así como de otros problemas que haya encontrado el aval ciudadano en sus visitas y entrevistas con usuarios y familiares de la unidad médica.
  - b. Se realiza una Carta por cada compromiso.
3. Seguimiento
  - a. La unidad médica se compromete de acuerdo a las sugerencias de mejora propuestas por el Aval Ciudadano y en base a un análisis del responsable de la unidad médica y su equipo de trabajo a realizar y cumplir los compromisos establecidos en esta "Carta compromiso" con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de la atención y la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
  - b. La unidad médica se compromete a presentar avances cuatrimestrales al Aval Ciudadano hasta el cumplimiento de las actividades comprometidas de acuerdo a las fechas establecidas.
  - c. El Aval Ciudadano dará seguimiento de manera cuatrimestral a los compromisos establecidos por la unidad, solicitando en todos los casos la evidencia física y/o documentada hasta su cumplimiento.

## 16.4 Anexo 4: Encuesta la Voz de los Avalu Ciudadano



### AVAL CIUDADANO ENCUESTA LA VOZ DE LOS AVALES CIUDADANOS

**Justificación:** Con la finalidad de conocer la opinión que tienen los avalu ciudadanos sobre su trabajo, así como considerar sus propuestas de mejora para enriquecer el quehacer del Aval Ciudadano, se emite la presente encuesta para su aplicación en el periodo que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud determine.

#### DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Estado  Delegación o Jurisdicción   
 Municipio o Delegación  Localidad   
 Nombre de la Unidad en la que se desempeña como Aval Ciudadano

Instrucciones: Marque con una  la opción que considere.

Institución: SSA  ISSSTE  IMSS Prospera  IMSS  ISSEMYM  DIF  CRUZ ROJA  PRIVADOS

Cobertura del Aval que representa: Estatal  Jurisdiccional  Municipal  Local

Área: Rural  Urbana  Fecha de Acta de Instalación  Género: H  M

Tipo de Aval: Agrupación local  Universidades  Otras Instituciones Educativas  Empresa Privada

Organización de la Sociedad Civil\*  Ciudadano a título individual

En caso de pertenecer a una Organización, agrupación o institución académica, escriba el nombre de la misma.

Nombre del Aval:

Escolaridad:

Primaria incompleta  Secundaria incompleta  Bachillerato incompleto  Licenciatura incompleta  Posgrado incompleto

Primaria Completa  Secundaria Completa  Bachillerato completo  Licenciatura completa  Posgrado completo

#### 1.- CAPACITACIÓN

Instrucciones: Marque con una  la opción que considere.

1.1. ¿Recibió capacitación e información para realizar sus funciones como Aval Ciudadano?

a) Si  b) No

1.2. En caso de que SI haya recibido ¿Cuántas capacitaciones ha recibido como Aval Ciudadano?

a) 1 a 3 capacitaciones  b) 4 a 6 capacitaciones  c) 7 a 10 capacitaciones

1.3. ¿Cuándo fue la última vez que recibió capacitación de Aval Ciudadano?

a) hace más de 3 meses  b) hace más de 6 meses  c) hace más de 1 año  d) no recibió capacitación

#### 2.- GESTIÓN

2.1. Durante sus visitas a la unidad, ¿los usuarios le manifestaron sus quejas sobre la atención otorgada?

a) Siempre  b) Casi siempre  c) Casi nunca  d) Nunca

\*Asociación Civil (A.C.), Institución de Asistencia Privada (I.A.P), Sociedad Civil (S.C.), Organización No Gubernamental (ONG)



2.2. ¿Durante sus visitas, orienta a los usuarios para que utilicen el buzón de felicitaciones, quejas y sugerencias, o a que las formulen ante las autoridades de la unidad?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

2.3. ¿El responsable de la unidad médica le proporcionó algún espacio definido para difundir la información derivada del resultado de sus visitas?

- a) Si                       b) No

2.4. En caso de que no le hayan proporcionado un espacio para difundir sus resultados ¿cuál fue el motivo?

- a) Falta de espacio físico                       b) Negativa de la autoridad                       c) No lo solicitó

2.5. ¿Tiene contacto con el Gestor de Calidad de su Unidad o el Gestor Jurisdiccional?

- a) Si                       b) No                       c) No hay gestor en la unidad

2.6. ¿Recibe apoyo de parte del Gestor de Calidad o del Responsable de la Unidad para desarrollar sus actividades?

- a) Si                       b) No

2.7. ¿Le han informado de los Planes de Mejora Continua que tiene la Unidad Médica de manera anual en la que es usted aval?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

2.8. ¿Durante sus monitoreos ciudadanos, difundió usted y explicó a los pacientes y a sus familias los Derechos Generales de los Pacientes?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

2.9. ¿Durante sus monitoreos ciudadanos, difundió usted y explicó a los pacientes y a sus familias las Obligaciones de los Pacientes?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

2.10. ¿A cuál de los siguientes Comités de Calidad fue invitado como Aval Ciudadano en el año 2015?

- a) Comité Estatal de Calidad (CECAS)                       b) Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)                       c) A los dos anteriores                       d) No he sido invitado

2.11. ¿Ha presentado sus propuesta de mejora de trato digno que no han sido resueltas en su unidad médica, en el CECAS O COCASEP?

- a) Si                       b) No

2.12. Sus propuestas que no se han resuelto mediante la firma de Carta Compromiso, son tomadas en cuenta para:

- a) Elaboración del Plan de Mejora Continua                       b) Seguimiento jurisdiccional                       c) Seguimiento estatal

### 3.- CARTA COMPROMISO

3.1. ¿Entrega sus sugerencias de mejora de trato digno, a través del Formato de Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Cartas Compromiso) al director o responsable de la unidad?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

3.2. ¿Firma con el Director de la unidad médica la Carta Compromiso al Ciudadano?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

3.3. ¿La unidad médica le ha dado seguimiento hasta su resolución a los compromisos de mejora plasmados en las Cartas Compromisos entregadas?

- a) Siempre                       b) Casi siempre                       c) Casi nunca                       d) Nunca

3.4. En caso de que la respuesta sea casi nunca o nunca, indique ¿Cuál es el motivo?. Si contestó Siempre o Casi Siempre, continúe con la pregunta 4.1.

- a) Compromisos que no son responsabilidad de la unidad                       b) Falta de recursos económicos y materiales                       c) Falta de interés del directivo

**4.-MOTIVACIÓN-EVALUACIÓN**

4.1. ¿Qué lo motivó a participar como aval ciudadano? (en esta pregunta puede marcar una o más opciones si lo considera necesario)

- a) Incrementar la Confianza en los servicios de salud  b) Ayudar a los usuarios  c) Colaborar en la mejora de la calidad de los servicios  d) Que las personas sean atendidas con dignidad

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

- a) Ser vocero de los usuarios  b) Conocer las necesidades de los usuarios  c) Que se toman en cuenta las sugerencias para elaborar la Carta Compromiso  d) El cumplimiento de los compromisos   
e) Que el Aval ayuda a mejorar el trato y la calidad de la atención  f) Se tiene derecho a opinar  g) Se tiene confianza de los usuarios a los Avaes

4.3. De las opciones, ¿qué es lo que no le gusta del programa de Aval Ciudadano? (en esta pregunta puede marcar una o más opciones)

- a) No se cumplen los compromisos  b) La apatía del usuario  c) No son tomadas en cuenta las propuestas del Aval  d) Mal trato del personal hacia el Aval   
e) No se valora el trabajo del Aval  f) Poco interés a nivel Estatal y Federal  g) Falta capacitación  h) No hay mejora de la calidad

4.4. ¿Cómo evalúa usted el programa de Aval Ciudadano?

- a) Muy bueno  b) Bueno  c) Regular  d) Malo

**5.- SUGERENCIAS**

5.1. ¿Qué sugiere para mejorar el programa y reforzar su papel? (en esta pregunta puede marcar una o más opciones)

- a) Apoyo del nivel Estatal para el cumplimiento de las Cartas Compromiso  b) Capacitación frecuente al Aval Ciudadano  c) Mayor difusión sobre las actividades del Aval Ciudadano  d) Difusión del programa del Aval Ciudadano a los usuarios   
e) Compromiso de los directivos para la rápida resolución de Cartas Compromiso  f) Participación en el COCASEP

5.2. ¿Qué otras actividades realiza cómo aval ciudadano, que no estén contempladas dentro de las funciones (en esta pregunta puede marcar una o más opciones si lo considera necesario)

- a) Limpieza y mantenimiento en la unidad  b) Gestión de recursos para la unidad  c) Actividades de Salud  d) Campañas de vacunación   
e) Promoción a la salud  f) Organización de los servicios  g) Visitas domiciliarias a usuarios  h) Asambleas o reuniones con autoridades   
i) Capacitación y talleres a la población  j) Traducción  k) Acompañamiento

5.3. 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)

- a) Trato digno  b) Mejora del tiempo de espera  c) Aspectos de infraestructura  d) Remodelación o mejora de las instalaciones   
e) Limpieza y comodidad  f) Mayor abasto de medicamentos  g) Contratación de personal  h) Compra de equipo   
i) Más información a usuarios  j) Los usuarios conocen sus derechos y obligaciones



**6.- RECOMENDACIÓN**

**6.1. ¿Recomendaría usted a otras asociaciones, organizaciones, instituciones educativas o personas que se integren al Programa de Aval Ciudadano?**



a) Si ¿Por qué?

b) No ¿Por qué?


**¡GRACIAS POR SU APOYO!**



## 16.5 Anexo 5: Formato de Supervisión

**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD**  
**PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA**  
**FORMATO DE SUPERVISIÓN DE AVAL CIUDADANO EN UNIDADES MÉDICAS**



### DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Estado:	<input type="text"/>	Delegación o Jurisdicción:	<input type="text"/>
Municipio o Delegación:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Nombre de la Unidad:	<input type="text"/>		
Periodo(s) que revisa:	<input type="text"/>		
Ene-abril	<input type="text"/>	Año:	<input type="text"/>
Mayo - Agosto	<input type="text"/>	Año:	<input type="text"/>
Septiembre- Octubre	<input type="text"/>	Año:	<input type="text"/>
Área	Rural	<input type="text"/>	urbana
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fecha	<input type="text"/>
Nombre de la Organización o del Aval Ciudadano a título individual:	<input type="text"/>		
Nombre del Director o Responsable de la Unidad:	<input type="text"/>		
Nombre del Gestor de Calidad:	<input type="text"/>		

1. SEGUIMIENTO A LA INSTALACIÓN DEL PROGRAMA	Si	No
1.1. ¿La unidad cuenta con un original del Acta de Instalación del Aval Ciudadano?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2. ¿El Acta se encuentra actualizada en el formato oficial solicitado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y cuenta con el número de registro asignado por el nivel federal?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3. ¿Cuántas personas conforman al aval ciudadano?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.4. ¿Los integrantes del aval han recibido capacitación en el último año? Evidencia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.5. ¿Los avales cuentan con credencial de identificación (de aval) para presentarse al aplicar las encuestas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6. ¿La unidad tiene colocado el cartel del Aval Ciudadano a la vista de los usuarios?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. EVIDENCIAS DE TRABAJO DEL AVAL CIUDADANO	Si	No
2.1. ¿Existe evidencia de que la unidad médica reporta el Monitoreo Institucional del Indicador de Trato Adecuado y Digno?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMATO:	Existe (Si o No)	Está llenado correctamente (Si o No) Observaciones
2.2. Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.3. Concentrado de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.4. Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.5. Carta Compromiso al Ciudadano	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.6. Porcentaje de avance en el cumplimiento a la Carta Compromiso	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)	Si	No
3.1. ¿El tamaño de la muestra aplicada por el Aval Ciudadano es la indicada en la Guía Operativa de Aval Ciudadano?		
3.2. ¿La unidad está avalada? (para estar avalada la diferencia de percepción entre el valor obtenido por la unidad y el valor del obtenido por el aval en cada indicador debe ser de 0 al 19%)		
3.3. ¿Existen evidencias de que los resultados fueron difundidos al personal de la unidad y a la población? Evidencias:		
3.4. ¿Los compromisos establecidos en la Carta Compromiso están relacionados con las Sugerencias de Mejora establecidas en la Sección VI del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)		

**4. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA CARTA COMPROMISO**  
 ¿Existen evidencias documentadas de las estrategias de Mejora derivadas del seguimiento a la Carta Compromiso? (Oficios, minutas de reunión, listas de asistencia a sesiones, fotos de antes o después, o cualquier documento que demuestre las acciones de mejora que están realizando y que están asociadas con el trabajo conjunto con el aval). Describa cuáles.

**5. EN CASO DE NO HABER CUMPLIDO LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA CARTA, ¿CUÁLES SON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA UNIDAD PARA SU CUMPLIMIENTO?**

6. FORTALEZAS DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN	OPORTUNIDADES DETECTADAS EN AL SUPERVISIÓN
1. 2. 3.	1. 2. 3.

**8. OBSERVACIONES (Comentarios, Recomendaciones y felicitaciones)**

Nombre y firma del Director o Responsable de la Unidad

Nombre y firma del Gestor de Calidad de la unidad o Jurisdiccional (Sólo en caso de haber acudido)

Nombre y firma del Aval Ciudadano

\*Nombre y firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad y/o de Aval Ciudadano (Sólo en caso de haber acudido)

\*La supervisión de Aval Ciudadano puede realizar el Responsable Estatal o Institucional de Calidad, Responsable de Aval Ciudadano, o en su caso, el Gestor jurisdiccional, la firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad y/o de Aval Ciudadano, sólo se considera si éste acudió a realizar la supervisión, mismo caso para el Gestor de Calidad Jurisdiccional.

## 16.6 Anexo 6: Declaración de No Conflicto de Interés del Aval Ciudadano

---

### Formato

#### Declaración de No Conflicto de Interés del Aval Ciudadano

---

Yo \_\_\_\_\_ aquí se escribe el nombre del Aval Ciudadano \_\_\_\_\_ como Aval Ciudadano adscrito al Establecimiento de Atención Médica \_\_\_\_\_ aquí se escribe el nombre del Establecimiento de Atención Médica \_\_\_\_\_ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones de Aval Ciudadano, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes de las funciones de Aval Ciudadano, que solamente podré discutir con el personal del Establecimiento de Atención Médica.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:
  - a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de las funciones de Aval Ciudadano, o
  - b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de las funciones de Aval Ciudadano, pero no limitado a terceros.
- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

Por la presente manifiesto haber leído y entendido la definición de conflicto de interés en el marco de mis funciones como Aval Ciudadano, además de que acepto y estoy de acuerdo con las provisiones contenidas en este documento.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## 16.7 Anexo 7: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa

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 Consulta Externa.

### Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa

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

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

The image shows a survey form titled 'CONSULTA EXTERNA' from the 'SECRETARÍA DE SALUD'. The form is divided into three main sections highlighted with red boxes:

- Sección I: Datos de identificación del establecimiento (unidad médica)**: This section includes fields for 'Número del establecimiento', 'Código del establecimiento', 'Institución', 'Municipio', 'Localidad', 'Fecha', 'Período a reportar', 'Categoría', 'Módulo', 'Área', 'Código', and 'Código'. It also contains a 'PREGUNTA 1' section with a grid for '¿Puede su establecimiento brindar los siguientes servicios?' with columns for 'Siempre', 'A veces', 'Nunca', and 'Total'.
- Sección II: Datos del entrevistado**: This section includes fields for 'Nombre', 'Edad', 'Sexo', 'Tipo de seguro social', 'Estrato socioeconómico', and 'Tipo de identificación'. It also contains a 'PREGUNTA 2' section with a grid for '¿Cuál es el motivo de su consulta?' with columns for 'Siempre', 'A veces', 'Nunca', and 'Total'.
- Sección III: Preguntas**: This section includes a 'PREGUNTA 3' section with a grid for '¿Cómo se siente al estar en la unidad de salud?' and a 'PREGUNTA 4' section with a grid for '¿El tiempo de espera para conseguir un cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?'.

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

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

- III. Preguntas (segunda parte).
- IV. Firmas

Preguntas	Respuestas del encuestado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
3. ¿El médico le explicó con claridad las preguntas o contestar sus preguntas respecto al estudio por el que acude a la consulta?	Si no Si lo explicó o contestó pero a la consulta																										
4. ¿El médico le dio explicaciones breves de entender?	Si no Si lo explicó brevemente																										
5. ¿El médico pudo explicar cómo tomar los medicamentos?	Si no Si lo explicó brevemente																										
6. ¿El médico pudo explicar cómo seguir el tratamiento?	Si no Si lo explicó brevemente																										
7. ¿El médico le dio el tratamiento, si es necesario, en el momento y por las vías adecuadas?	Si no Si lo explicó brevemente																										
8. ¿Debe de haber alguna consulta posterior para seguir el tratamiento?	Si no Si lo explicó brevemente																										
9. ¿Cada vez que se debe de tomar un medicamento, se le explican los riesgos de no poder seguir?	Si no Si lo explicó brevemente																										
10. ¿Debe de tomar algún medicamento por su condición?	Si no Si lo explicó brevemente																										
11. ¿Considera que el médico tiene suficiente tiempo con usted durante la consulta?	Si no Si lo explicó brevemente																										
12. ¿La dosis de los medicamentos es adecuada?	Si no Si lo explicó brevemente																										
13. ¿La dosis de los medicamentos que le recetaron, ¿es adecuada?	Si no Si lo explicó brevemente																										
14. ¿Las farmacias, distribuidoras, etc. que le recetaron de la medicina le dan un servicio adecuado?	Si no Si lo explicó brevemente																										
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Promotor del estudio		Nombre y firma del responsable de la unidad médica																									

Figura 2: Página 2 de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa

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**, se deben registrar los datos generales que permiten identificar en qué Hospital/Clínica/Centro de Salud se lleva a cabo la encuesta, por favor escriba los datos con letra legible, de molde y no deje espacios sin llenar. 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 al responsable de la unidad médica

En la **sección II: Datos del entrevistado**, se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, qué tipo de seguridad social tiene, 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.

**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 a la unidad.

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

**Llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Consulta Externa**



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 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 (☑).

Este formato tienen 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.

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO :**

 		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		CONSULTA EXTERNA
Sección I      Datos del establecimiento.		Formato FI/II CE-E		
Nombre del Establecimiento: _____		CLUES del Establecimiento: _____		Institución: _____
Estado: _____	Municipio: _____	Localidad: _____		
Fecha: _____	Período a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre			Área: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)    Establecimiento Acreditado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
INSTRUCCIONES:				
1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.				

- Nombre del Establecimiento:** Escriba el nombre completo del establecimiento (Hospital, Clínica o Centro de Salud) 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 de la unidad médica.
- CLUES del Establecimiento:** Solicite al Director de 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.
- Estado:** 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 ubicada la unidad médica.
- Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.



- **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.
- **Establecimiento Acreditado:** por favor marque con una palomita () si el establecimiento cuenta con acreditación o no, el Responsable del Establecimiento (Director del Hospital) le podrá decir si está o no acreditado

*Por ejemplo: si el Monitor Ciudadano (Aval Ciudadano) está aplicando la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Rural Los Naranjos, en el Ejido Los Naranjos, municipio de Ixhuatlán del Café, Estado de Veracruz, esta Unidad de Medicina Rural pertenece a IMSS OPORTUNIDADES y su CLUES es VZIMO001924. Esta unidad no está acreditada.*

*Se inició a aplicar la encuesta en día 26 de julio del 2018, por lo tanto el cuatrimestre (periodo) que se está evaluado es de mayo a agosto*

*Esta primera sección irá de la siguiente manera*



<b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO	<b>CONSULTA EXTERNA</b>
<b>Sección I</b> Datos del establecimiento.		Formato FI/III CE-F	
Nombre del Establecimiento: <u>U.M.R. Los Naranajos</u>		CLUES del Establecimiento: <u>VZIMO001924</u>	Institución: <u>IMSS - PROSPERA</u>
Estado: <u>Veracruz</u>	Municipio: <u>Ixhuatlán del Café</u>	Localidad: <u>Ejido Los Naranjos</u>	
Fecha: <u>26 / julio / 2016</u>	Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input checked="" type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input checked="" type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
<b>INSTRUCCIONES:</b>		1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.	

## II. DATOS DEL ENTREVISTADO

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

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

Recuerde que el entrevistado 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 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
  
- **Tipo de seguridad social:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda el tipo de seguridad social con la que cuenta el paciente:
  - a) **Seguro Popular**, en el caso de que cuente con Seguro Popular,
  - b) **IMSS**, si cuenta con IMSS en régimen ordinario
  - c) **IMSS Prospera**, si cuenta con IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades)
  - d) **ISSSTE**, si cuenta con ISSSTE
  - e) **SEDENA**, si cuenta con SEDENA
  - f) **SEMAR**, si cuenta con SEMAR
  - g) **PEMEX**, si cuenta con PEMEX
  - h) **DIF**, si cuenta con DIF
  - i) **Otro**, en el caso de contar con otro tipo de seguridad social
  
- **El entrevistado es:** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda si el entrevistado es:
  - a) **Paciente**, si es paciente
  - b) **Acompañante**, si es acompañante (madre, padre, hermano, esposa, esposo, amigo, etc.)
  
- **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 del entrevistado	
Turno de atención	a) Matutino		✓
	b) Vespertino		
	c) Nocturno		
	d) Jornada Especial		
Sexo	a) Mujer		
	b) Hombre		✓
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular		
	b) IMSS		
	c) IMSS Prospera		✓
	d) ISSSTE		
	e) SFDENA		
	f) SEMAR		
	g) PEMEX		
	h) DIF		
	i) Otro		
El entrevistado es:	a) Paciente		✓
	b) Acompañante		
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años		
	b) Entre 16 y 24 años		✓
	c) Entre 25 y 44 años		
	d) Entre 45 y 65 años		
	e) Mayor a 65 años		

Por ejemplo:

La segunda sección irá de la siguiente manera si:

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

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

Que tenía IMSS-PROSPERA (pregunta “tipo de Seguridad Social, opción c)...

El recibió la atención (pregunta “el entrevistado es”, opción a)...

Y tenía 23 años de edad (pregunta “edad del entrevistado, opción b)

III. PREGUNTAS:

Página 1: Preguntas 1 y 2

Página 2: Preguntas 3 a 14

1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades
2	<b>(Solo aplica para hospitales)</b> ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica

3	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí b) No c) No acudio a consulta (pasar a la pregunta 13)
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados
7	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Sí b) No c) No cobran
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí b) No
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1) b) No (pasar a la pregunta 13)
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No
13	En relación a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron c) No se los dieron d) No le recetaron e) Tendrá que comprar alguno(s)
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho)

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

**1. ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?** Marque con una  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
- 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 Modulo del Seguro Popular
- l) Personal de Vigencia de Derechos
- m) Personal de Módulo de Incapacidades

**2. ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?** 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

Esta pregunta **sólo aplica para hospitales**

- b) No, en caso de que haya respondido “NO”
- c) No aplica, en caso de no estar aplicando la encuesta en un hospital

**3. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?**

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”
- b) No, en caso de que haya respondido “NO”
- c) No acudió a consulta (pase a pregunta 13)

Puede ser que el paciente solo haya acudido a aplicación de vacunas o por medicamento, en caso de que el paciente no haya acudido a consulta, saltarse hasta la pregunta 13

**4. ¿El médico 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”

**5. ¿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

**6. ¿Entendió usted los cuidados de 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”
- c) No le mandaron cuidados, en caso de que no le hayan indicados otros cuidados.

**7. 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”.

**8. ¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?** 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 cobran, si en la unidad no cobran las consultas.

**9. ¿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”.

**10. ¿Dejó 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”

**11. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- c) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- d) No, en caso de que haya respondido “NO”

**12. Durante su visita a esta unidad médica ¿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 12.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 13.

**12.1 ¿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”

**13. En relación a los medicamentos que le recetaron**

- a) Le dieron todos los que le recetaron
- b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron



- c) No se los dieron
- d) No le recetaron
- e) Tendrá que comprar alguno(s)

**14. ¿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 del entrevistado		1
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (marcar a la palomita)	b) No (oposar a la palomita 1.1)			☑
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico				
		b) Personal de Enfermería				
		c) Personal de Recepción				
		d) Personal de Archivo Clínico				
		e) Personal de Trabajo Social				
		f) Personal de Laboratorio				
		g) Personal de Rayos X				
		h) Personal de Farmacia				
		i) Personal de la Caja				
		j) Personal de Vigilancia				
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular				
l) Personal de Vigilancia de Derechos						
m) Personal del Módulo de Incapacidades						
2	(Solo aplica para hospitales) ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí	b) No	c) No aplica		☑

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

Dado que la encuesta se aplicó en una Unidad de Medicina Rural, no aplica la pregunta 2

3	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí	✓
		b) No	
		c) No acudió a consulta (pasar a la pregunta 12)	
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí	✓
		b) No	
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí	
		b) No	
		c) No le recetaron medicamentos	✓
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí	✓
		b) No	
		c) No le mandaron cuidados	
7	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí	
		b) No	✓
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	a) Sí	
		b) No	
		c) No cobran	✓
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlos?	a) Sí	
		b) No	✓
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí	
		b) No	✓
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí	✓
		b) No	
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1)	
		b) No (pasar a la pregunta 13)	✓
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí	
		b) No	
13	En relación a los medicamentos que le recetaron:	a) Le dieron todos los que le recetaron	
		b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron	✓
		c) No se los dieron	
		d) No le recetaron	
		e) Tendría que comprar alguno(s)	
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)	✓
		b) Regular (mas o menos satisfecho)	
		c) Nada (insatisfecho)	

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

El médico sí le dio la oportunidad de preguntar sus preocupaciones de salud (pregunta 3, opción a).

El médico le dio explicaciones fáciles de entender (pregunta 4, opción a).

No le recetaron medicamentos (pregunta 5, opción c), pero si le indicaron cuidados que deberá seguir en su casa y los entendió (pregunta 6, opción a)

El médico al indicarle el tratamiento no considero las preocupaciones del paciente (pregunta 7, opción b)

El paciente nunca paga por la atención en la unidad (pregunta 8, opción c). Por lo que el paciente no dejó de realizarse estudios por no poder pagarlos (pregunta 10, opción b)

La paciente considera que el tiempo que pasó el médico con ella fue el suficiente (pregunta 11, opción b).

Durante su visita al hospital, el paciente no tuvo dolor (pregunta 12, opción a).

De todos los medicamentos que le recetaron no se los dieron todos (pregunta 13, opción b)

Finalmente, el paciente contesta que está satisfecho con la calidad de la atención (pregunta 13, 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 DEL ENTREVISTADOR Y DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Sección IV	Firmas		
_____ Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional		_____ Nombre y firma del 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) _____	Proporción de sujetos a encuestar del área de consulta externa = $\frac{CE}{(EH + CE + AU)}$	140 encuestas para MI en Unidad Urbana ó 96 encuestas para MI en Unidad Rural	= _____
• Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = (CE) _____		140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 36 encuestas para AC en Unidad Rural	
• Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____			

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

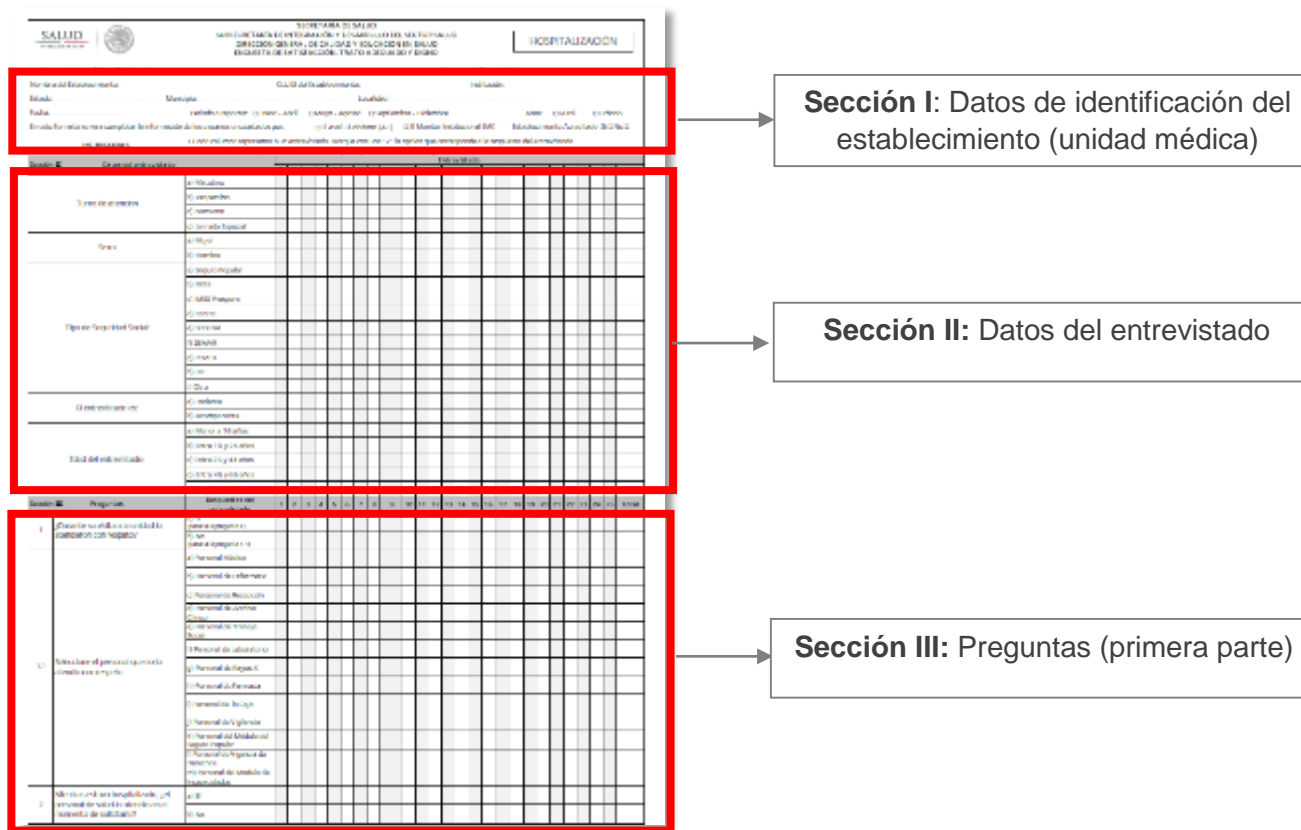
## 16.8 Anexo 8: Anexo 7: Instructivo de llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

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:

- IV. Datos del Establecimiento (unidad médica)
- V. Datos del entrevistado
- VI. Preguntas (primera parte)



The image shows the first page of a survey form titled 'ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN HOSPITALIZACIÓN'. The form is divided into three main sections highlighted with red boxes:

- Sección I: Datos de identificación del establecimiento (unidad médica)**: This section includes fields for 'Nombre del Establecimiento', 'Código de identificación', 'Municipio', 'Localidad', and 'Institución'. It also contains a 'Fecha' field and a 'Encuesta realizada en el establecimiento de salud' section with checkboxes for 'Sí' and 'No'.
- Sección II: Datos del entrevistado**: This section is a grid with columns for 'Sexo', 'Tipo de Sexo (Mujer)', 'Ejercicio profesional', and 'Educativo del entrevistado'. Each row contains a list of options for selection.
- Sección III: Preguntas (primera parte)**: This section is a grid with columns for 'Preguntas' and 'Respuestas'. It contains several numbered questions (1-5) related to patient satisfaction and treatment, with corresponding response options.

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

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

- V. Preguntas
- VI. Firmas



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.

**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 a la unidad.

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

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

The form is a grid-based survey. The top section contains header information from 'SECRETARÍA DE SALUD' and 'SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD'. Below this, there are fields for 'Datos del establecimiento' (hospital name, location, etc.) and 'Datos del entrevistado' (name, age, gender, etc.). The main body of the form is a table with 25 columns. The first column contains the questions, and the subsequent 24 columns contain the response options. A red box highlights the first three columns, which contain the questions and the first three response options for each question.

Figura 3: Disposición de columnas de preguntas, opciones de respuesta y respuesta.

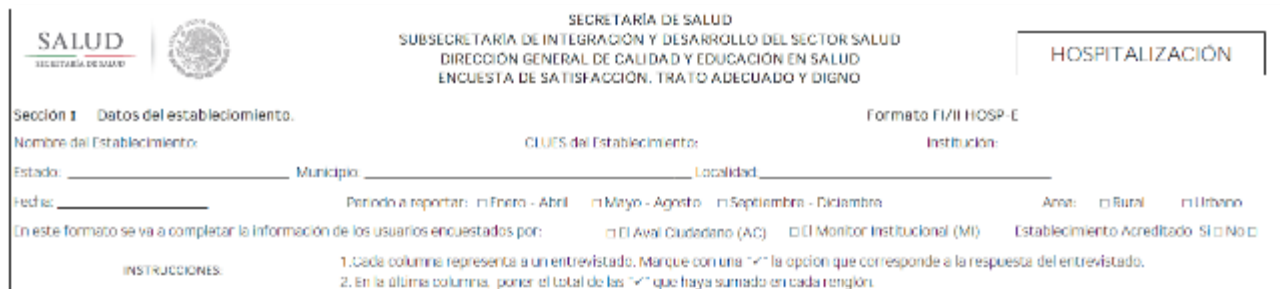
La encuesta tiene un formato vertical, es decir, las preguntas se leen de arriba hacia abajo, empezando con los datos del entrevistado y terminando con las preguntas.

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).

Este formato tienen 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



**VI. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO :**



- Nombre del Establecimiento:** 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).

El responsable de la unidad, es decir, el Director del Hospital, le indicará cuál es el nombre completo de la unidad médica.
- CLUES del Establecimientos:** Solicite al Director de Hospital 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.
- Estado:** Escriba el nombre de la Entidad Federativa al que pertenece la unidad médica.
- Municipio:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- 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.
- **Establecimiento Acreditado:** por favor marque con una palomita () si el establecimiento cuenta con acreditación o no, el Responsable del Establecimiento (Director del Hospital) le podrá decir si está o no acreditado

*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. Este hospital si está acreditado.*

*Esta primera sección irá de la siguiente manera*

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		HOSPITALIZACIÓN	
Sección 1 Datos del establecimiento.			Formato FI/II HOSP-E		
Nombre del establecimiento: <u>Hospital General Córdoba Yanga</u>		CLUES del Establecimiento: <u>VZSSA001355</u>		Institución: <u>SS</u>	
Estado: <u>Veracruz</u>	Municipio: <u>Córdoba</u>	Localidad: <u>Córdoba</u>			
Fecha: <u>10 / enero / 2018</u>	Periodo a reportar: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre		Área: <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano		
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:			<input checked="" type="checkbox"/> Aval Ciudadano (AC) <input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
INSTRUCCIONES		1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "X" que haya sumado en cada renglón.			

## VII. DATOS DEL ENTREVISTADO

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

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

Recuerde que el entrevistado 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:
  - e) para el turno matutino (mañana)
  - f) para el turno vespertino (tarde)
  - g) para el turno nocturno (noche)
  - h) 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:
  - c) para mujer,

- d) para hombre.
- **Tipo de seguridad social.** Marque con una palomita () la opción que corresponda el tipo de seguridad social con la que cuenta el paciente:
  - a) **Seguro Popular**, en el caso de que cuente con Seguro Popular,
  - b) **IMSS**, si cuenta con IMSS en régimen ordinario
  - c) **IMSS Prospera**, si cuenta con IMSS Prospera
  - d) **ISSSTE**, si cuenta con ISSSTE
  - e) **SEDENA**, si cuenta con SEDENA
  - f) **SEMAR**, si cuenta con SEMAR
  - g) **PEMEX**, si cuenta con PEMEX
  - h) **DIF**, si cuenta con DIF
  - i) **Otro**, en el caso de contar con otro tipo de seguridad social.
- **El entrevistado 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:
  - f) Menor a 16 años
  - g) Entre 16 y 24 años
  - h) Entre 25 y 44 años
  - i) Entre 45 y 65 años
  - j) Mayor a 65 años

Sección II Datos del entrevistado		1
Turno de atención	a) Matutino	✓
	b) Vespertino	
	c) Nocturno	
	d) Jornada Especial	
Sexo	a) Mujer	
	b) Hombre	✓
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular	✓
	b) IMSS	
	c) IMSS Prospera	
	d) ISSSTE	
	e) SEDENA	
	f) SEMAR	
	g) FEMEX	
	h) DIF	
	i) Otro	
El entrevistado es:	a) Paciente	✓
	b) Acompañante	
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años	
	b) Entre 16 y 24 años	
	c) Entre 25 y 44 años	
	d) Entre 45 y 65 años	✓
	e) Mayor a 65 años	

Por ejemplo:

La segunda sección irá de la siguiente manera si:

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 Seguro Popular (pregunta “tipo de Seguridad Social, opción a)...

El recibió la atención (pregunta “el entrevistado es”, opción a)...

Y tenía 50 años de edad (pregunta “edad del entrevistado, opción d)

**VIII. PREGUNTAS:**

Página 1: Preguntas 1 y 2

Página 2: Preguntas 3 a 14

1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí b) No

3	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica
4	¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Sí b) No
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si b) No
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Sí b) No
12	Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1) b) No (pasar a la pregunta 13)
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No
13	En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesito b) Le pidieron comprar alguno y lo compró c) Le pidieron comprar alguno y <b>no</b> lo pudo comprar
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho)

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

**15.¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?** Marque con una la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- d) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- e) 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.

**15.1 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:

- n) Personal Médico
- o) Personal de Enfermería
- p) Personal de Recepción
- q) Personal de Archivo Clínico
- r) Personal de Trabajo Social
- s) Personal de Laboratorio
- t) Personal de Rayos X
- u) Personal de Farmacia
- v) Personal de Caja
- w) Personal de Vigilancia
- x) Personal de Modulo del Seguro Popular
- y) Personal de Vigencia de Derechos
- z) Personal de Módulo de Incapacidades

**16.Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atención en el momento de solicitarlo?** 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”.

**17.¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?** 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 Aplica, en caso de que el paciente que esté hospitalizado no haya hecho cita con el especialista.

**18.¿El médico 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 el entrevistado:

- d) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- e) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**19.¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- c) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- d) No, en caso de que haya respondido “NO”.
- f) No le recetaron medicamentos, en caso de que al paciente no le hayan recetado medicamentos.

**20.¿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”.
- f) No le mandaron medicamentos, en caso de que al paciente no le hayan recetado medicamentos

**21.¿Entendió usted los cuidados de 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”.

**22.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”.



**23. ¿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:

- d) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- e) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**24. ¿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:

- c) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- d) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**25. ¿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 el entrevistado:

- e) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- f) No, en caso de que haya respondido “NO”.

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

- c) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- d) No, en caso de que haya respondido “NO”.

Si el entrevistado contestó la opción “SI”, aplique la pregunta 12.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 13.

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

- c) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- d) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**27. 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 el entrevistado:

- a) Le dieron todos los que necesitó, en caso de que haya respondido que le hayan dado todos los medicamentos que hubiera necesitado
- b) Le pidieron comprar alguno y lo compró, en caso de que le hayan solicitado que comprara algún medicamento y el paciente sí lo hubiera comprado

c) Le pidieron comprar alguno y **no** lo pudo comprar, en caso de que le hayan solicitado comprar algún medicamento pero no lo compró.

**28. ¿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:

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

Sección III	Preguntas	Respuestas del entrevistado	1
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)	☑
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico	
		b) Personal de Enfermería	
		c) Personal de Recepción	
		d) Personal de Archivo Clínico	
		e) Personal de Trabajo Social	
		f) Personal de Laboratorio	☑
		g) Personal de Rayos X	
		h) Personal de Farmacia	
		i) Personal de la Caja	
		j) Personal de Vigilancia	
		k) Personal del Módulo del Seguro Popular	
l) Personal de Vigencia de Derechos			
m) Personal del Módulo de Incapacidades			
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí	☑
		b) No	

*Por ejemplo:*

*La tercera sección irá de la siguiente manera si:*

*El paciente encuestado contestó que **no** lo habían atendido con respeto e identificó que el personal de laboratorio no lo había tratado respetuosamente (pregunta 1, opción b y pregunta 1.1 opción f).*

*De igual forma el paciente contestó que **sí** lo habían atendido al momento que él lo necesitó (pregunta 2, opción a).*

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

Preguntas	Respuestas del entrevistado	1
3 ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Si	
	b) No	✓
	c) No aplica	
4 ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Si	✓
	b) No	
5 ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Si	✓
	b) No	
6 ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Si	✓
	b) No	
	c) No le recetaron medicamentos	
7 ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Si	✓
	b) No	
	c) No le mandaron cuidados	
8 El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Si	✓
	b) No	
9 ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Si	
	b) No	✓
10 ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Si	
	b) No	✓
11 ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su hospitalización?	a) Si	
	b) No	✓
12 Durante su visita a este hospital, ¿tuvo dolor?	a) Si (pasar a la pregunta 12.1)	✓
	b) No (pasar a la pregunta 13)	
12.1 ¿Su dolor fue atendido?	a) Si	✓
	b) No	
13 En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización:	a) Le dieron todos los que necesito	
	b) Le pidieron comprar alguno y lo compró	✓
	c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar	
14 ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho)	
	b) Regular (más o menos satisfecho)	✓
	c) Nada (Insatisfecho)	

Tardó 1 semana en conseguir cita con el especialista (pregunta 3, opción b).

El médico sí le dio la oportunidad de preguntar sus preocupaciones de salud (pregunta 4, opción a).

El médico le dio explicaciones fáciles de entender (pregunta 5, opción a).

El paciente entendió como tomar los medicamentos (pregunta 6, opción a) y los cuidados que deberá seguir en su casa (pregunta 7, opción a).

El médico al indicarle el tratamiento considero las preocupaciones del paciente (pregunta 8, opción a).

El paciente pudo hacerse los estudios y cumplir con el tratamiento, pues pudo pagar todo (pregunta 9, opción b).

El paciente pudo pagar todos los medicamentos que le indicaron (pregunta 10, opción b).

Sin embargo, el paciente considera que el tiempo que pasó el médico con él no fue el suficiente (pregunta 11, opción b).

Durante su visita al hospital, el paciente sí tuvo dolor, pero fue atendido (pregunta 12, opción a, y pregunta 12.1, opción a).

Durante su hospitalización le pidieron que comprara medicamentos y el paciente los compro (pregunta 13, opción b).

Finalmente, el paciente contesta que está más o menos satisfecho con la calidad de la atención (pregunta 14, opción b).



**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.

**IX. 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 del 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.

**X. 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 hospitalización = $\frac{EH}{(EH + CE + AU)}$ x	140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 36 encuestas para AC en Unidad Rural
Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____		= _____



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

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

$$1250 / (1250+1637+1150) = 0.3096$$

*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:*

$$0.3096 \times 140 = 43.344$$

*Es decir, que tanto el Aval Ciudadano como el Monitor Institucional deberán aplicar la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno a **43 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



VII. Preguntas (segunda parte)

VIII. Firmas

Preguntas	Respuestas del entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total
9. ¿Cuánto tiempo espera a la hora de su consulta?	01 No más de 15 minutos 02 15 a 30 minutos 03 Más de 30 minutos 04 No contestó																															
10. ¿El médico le da la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones, dudas o inquietudes para que usted se informe de su atención?	01 Sí 02 No																															
11. ¿El médico le da explicaciones fáciles de entender?	01 Sí 02 No																															
12. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	01 Sí 02 No																															
13. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	01 Sí 02 No																															
14. ¿El médico le dio a su familia o a usted la información que necesita para manejar y prevenir problemas?	01 Sí 02 No																															
15. ¿En algún momento dijo de manera explícita o implícita con su tratamiento (cursos, medicamentos, por no poder pagar)?	01 Sí 02 No																															
16. ¿Le dijo de tomar algún medicamento por no poder pagar?	01 Sí 02 No																															
17. ¿Considera que el médico pudo haberle ayudado siempre con sus problemas de salud al servicio de urgencias?	01 Sí 02 No																															
18. ¿Puede su nivel de atención de urgencias, ayudarlo?	01 Sí 02 No																															
19. ¿Su dolor fue atendido?	01 Sí 02 No																															
20. ¿Qué les enseñaron (prevención) usted con la atención de la Atención Médica?	01 Mucha (carácter) 02 Poca (carácter) 03 Nada (carácter)																															

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

**Sección IV: Firmas**

Figura 2: Pagina 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 de Identificación del Establecimiento**, 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 al responsable de la unidad médica

En la **sección II: Datos del entrevistado**, se especifican algunos datos sociodemográficos (turno de atención, sexo, qué tipo de seguridad social tiene, la edad del entrevistado y si éste es paciente o no, es

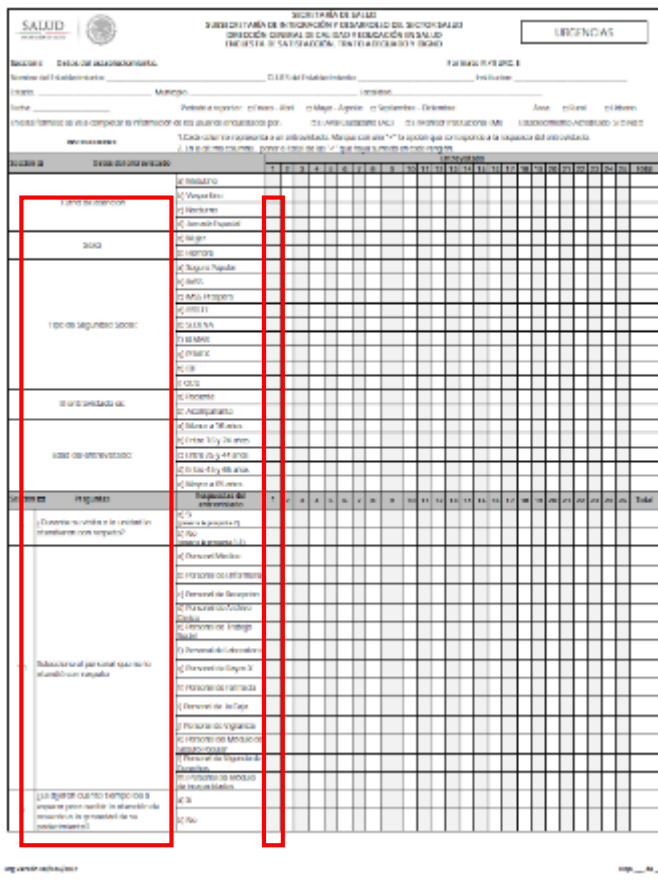
decir, la persona a la que se le aplica la encuesta puede ser paciente, familiar o acompañante). Es importante mencionar que estos datos son para fines estadísticos y de control de las muestras, por lo que no se manejan datos personales, como nombre, ocupación, ingresos, etc.

**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 a la unidad.

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



**Llenado de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias**



The image shows a survey form titled 'ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS'. It includes a header with the 'SALUD' logo and the name of the 'SECRETARÍA DE SALUD'. The form is divided into sections for 'Datos del establecimiento' and 'Formato FI/II URG-E'. A large grid is provided for recording responses, with columns for questions and response options. Red boxes highlight the first two columns of the grid, which correspond to the question and response options respectively.

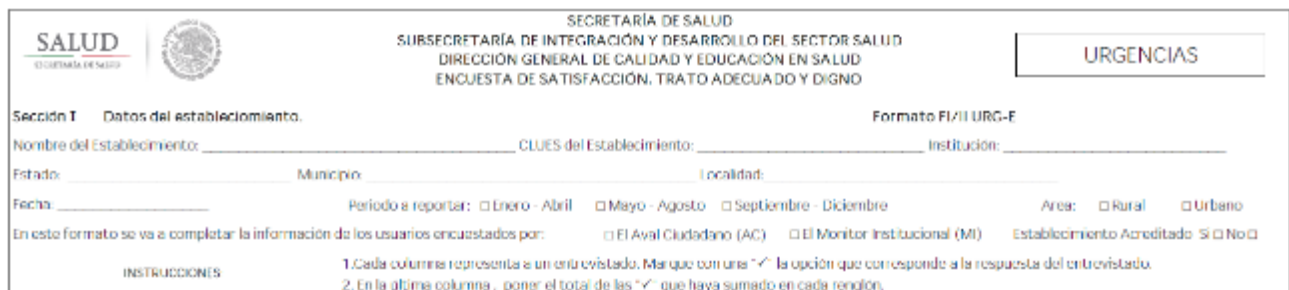
Figura 3: Disposición de columnas (preguntas, opciones de respuesta y respuesta

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 (☑).

Este formato tienen 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.

**XI. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO :**



This image shows the 'Datos del establecimiento' section of the survey form. It includes fields for 'Nombre del Establecimiento', 'CLUES del Establecimiento', and 'Institución'. There are also fields for 'Estado', 'Municipio', and 'Localidad'. A section for 'Fecha' includes a date field and a 'Período a reportar' section with radio buttons for 'Enero - Abril', 'Mayo - Agosto', and 'Septiembre - Diciembre'. The 'Área' section has radio buttons for 'Rural' and 'Urbano'. At the bottom, there are radio buttons for 'El Aval Ciudadano (AC)' and 'El Monitor Institucional (MI)', and a section for 'Establecimiento Acreditado' with 'Si' and 'No' options. The 'INSTRUCCIONES' section at the bottom states: '1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "☑" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "☑" que haya sumado en cada renglón.'

- Nombre del Establecimiento:** 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).

El responsable de la unidad, es decir, el Director del Hospital, le indicará cuál es el nombre completo de la unidad médica.
- CLUES del Establecimientos:** Solicite al Director de Hospital 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.
- Estado:** Escriba el nombre de la Entidad Federativa al que pertenece la unidad médica.
- Municipio:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- 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.



- **Establecimiento Acreditado:** por favor marque con una palomita (☑) si el establecimiento cuenta con acreditación o no, el Responsable del Establecimiento (Director del Hospital) le podrá decir si está o no acreditado

*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. Este hospital si está acreditado.*

*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*

		SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		URGENCIA
Sección I Datos del establecimiento. <span style="float: right;">Formato FI/II URG-E</span>				
Nombre del Establecimiento: <b>Hospital General Tercer Milenio</b>		CLUES del Establecimiento: <b>ASSSA000030</b>		Institución: <b>SS</b>
Estado: <b>Aguascalientes</b>	Municipio: <b>Aguascalientes</b>	Localidad: <b>Aguascalientes</b>		
Fecha: <b>11 / abril / 2018</b>	Periodo a reportar: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Abril	<input type="checkbox"/> Mayo - Agosto	<input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre	Area: <input type="checkbox"/> Rural
En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por:				
		<input checked="" type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC)	<input type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI)	Establecimiento Acreditado
INSTRUCCIONES:				
1. Cada columna representa a un entrevistado. Marque con una "✓" la opción que corresponde a la respuesta del entrevistado. 2. En la última columna, poner el total de las "✓" que haya sumado en cada renglón.				

## XII. DATOS DEL ENTREVISTADO

Sección II	Entrevistado entrevistado	Entrevistado																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
Turno de atención	a) Matutino																										
	b) Vespertino																										
	c) Nocturno																										
	d) Atención especial																										
Sexo	a) Mujer																										
	b) Hombre																										
Tipo de seguridad social	a) Seguro Popular																										
	b) IMSS																										
	c) IMSS Prospera																										
	d) ISSSTE																										
	e) SEDENA																										
	f) SEMAR																										
El entrevistado es	a) PUMEX																										
	b) Acompañante																										
	c) Menor de edad																										
	d) Otro																										
Edad del entrevistado	a) Entre 10 y 24 años																										
	b) Entre 25 y 34 años																										
	c) Entre 35 y 44 años																										
	d) Entre 45 y 54 años																										
	e) Mayor a 55 años																										

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

Recuerde que el entrevistado 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:
  - i) para el turno matutino (mañana)
  - j) para el turno vespertino (tarde)
  - k) para el turno nocturno (noche)
  - l) 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:
  - e) para mujer,
  - f) para hombre.
  
- **Tipo de seguridad social.** Marque con una palomita () la opción que corresponda el tipo de seguridad social con la que cuenta el paciente:
  - a) **Seguro Popular**, en el caso de que cuente con Seguro Popular,
  - b) **IMSS**, si cuenta con IMSS en régimen ordinario
  - c) **IMSS Prospera**, si cuenta con IMSS Prospera
  - d) **ISSSTE**, si cuenta con ISSSTE
  - e) **SEDENA**, si cuenta con SEDENA
  - f) **SEMAR**, si cuenta con SEMAR
  - g) **PEMEX**, si cuenta con PEMEX
  - h) **DIF**, si cuenta con DIF
  - i) **Otro**, en el caso de contar con otro tipo de seguridad social.

- **El entrevistado 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:
  - k) Menor a 16 años
  - l) Entre 16 y 24 años
  - m) Entre 25 y 44 años
  - n) Entre 45 y 65 años
  - o) Mayor a 65 años

Sección II Datos del entrevistado		1
Turno de atención	a) Matutino	
	b) Vespertino	
	c) Nocturno	
	d) Jornada Especial	☑
Sexo	a) Mujer	☑
	b) Hombre	
Tipo de Seguridad Social:	a) Seguro Popular	☑
	b) IMSS	
	c) IMSS Prospera	
	d) ISSSTE	
	e) SEDENA	
	f) SEMAR	
	g) PEMEX	
	h) DIF	
	i) Otro	
El entrevistado es:	a) Paciente	☑
	b) Acompañante	
Edad del entrevistado:	a) Menor a 16 años	
	b) Entre 16 y 24 años	
	c) Entre 25 y 44 años	☑
	d) Entre 45 y 65 años	
	e) Mayor a 65 años	

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 Seguro Popular (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)*

**XIII. PREGUNTAS:**

**XIV. Página 1: Preguntas 1 y 2**

**Página 2: Preguntas 3 a 13**

1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de incapacidades
2	¿Le dijeron cuanto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí b) No

3	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0-15 min b) 16-30 min c) 31-60min d) Más de 60min e) No contestó
4	¿El médico 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
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No
6	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí b) No
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Sí b) No
12	Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1) b) No (pasar a la pregunta 13)
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No
13	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	a) Mucho (Satisfecho) b) Regular (más o menos satisfecho) c) Nada (Insatisfecho)

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

**29.¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?** Marque con una la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- g) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- h) 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.

**29.1 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:

- aa) Personal Médico
- bb) Personal de Enfermería
- cc) Personal de Recepción
- dd) Personal de Archivo Clínico
- ee) Personal de Trabajo Social
- ff) Personal de Laboratorio
- gg) Personal de Rayos X
- hh) Personal de Farmacia
- ii) [Página 2: Preguntas 3 a 13](#)
- jj) Personal de Vigilancia
- kk) Personal de Modulo del Seguro Popular
- ll) Personal de Vigencia de Derechos
- mm) Personal de Módulo de Incapacidades

**30.¿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”.

**31.¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- d) 0 – 15 min, si el paciente no esperó más de 15 minutos para ser atendido

- e) 16 – 30 min, si el paciente esperó más de 15 pero menos de 30 minutos para ser atendidos
- f) 31 – 60 min, si el paciente esperó más de 31 minutos pero menos de 60 para ser atendidos.
- g) Más de 60 min, si el paciente espero más de una hora para que lo atendieran
- h) No contesto, si el paciente, por cualquier motivo prefirió no contestar a esta pregunta

**32.¿El médico 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:

- g) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- h) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**33.¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?** Marque con una palomita (☑) la opción que corresponda de acuerdo a lo que haya contestado el entrevistado:

- e) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- f) No, en caso de que haya respondido “NO”.
- i) No le recetaron medicamentos, en caso de que al paciente no le hayan recetado medicamentos.

**34.¿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”.
- i) No le mandaron medicamentos, en caso de que al paciente no le hayan recetado medicamentos

**35.¿Entendió usted los cuidados de 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”.

**36.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”.



**37. ¿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:

- f) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- g) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**38. ¿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:

- e) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- f) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**39. ¿Considera que el médico 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:

- g) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- h) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**40. 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:

- e) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- f) No, en caso de que haya respondido “NO”.

Si el entrevistado contestó la opción “SI”, aplique la pregunta 12.1, de lo contrario, continúe con la pregunta 13.

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

- e) Si, en caso de que haya respondido “SI” o
- f) No, en caso de que haya respondido “NO”.

**41. ¿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:

- g) Mucho (Satisfecho) en caso de que haya respondido “mucho”,
- h) Regular (Más o menos satisfecho), en caso de que haya respondido “regular”,
- i) Nada (Insatisfecho), en caso de que haya respondido “nada”.

Sección III Preguntas		Respuestas del entrevistado	1
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Si (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 1.1)	✓
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo del Seguro Popular l) Personal de Vigencia de Derechos m) Personal del Módulo de incapacidades	
2	¿Le dijeron cuanto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Si b) No	✓

Por ejemplo:

La tercera sección irá de la siguiente manera si:

El paciente encuestado contestó que **si** lo habían atendido con respeto (pregunta 1, opción a) por lo que se omite la pregunta 1.1

De igual forma el paciente contestó que si le habían dicho cuánto tiempo iba a esperar (pregunta 2, opción a).

3	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0-15 min	
		b) 16-30 min	✓
		c) 31-60min	
		d) Más de 60min	
		e) No contestó	
4	¿El médico 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	
5	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí	✓
		b) No	
6	¿Entendió usted como deberá tomar los medicamentos?	a) Sí	
		b) No	
		c) No le recetaron medicamentos	✓
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí	✓
		b) No	
		c) No le mandaron cuidados	
8	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí	
		b) No	✓
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí	
		b) No	✓
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí	
		b) No	✓
11	¿Considera que el médico paso suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	a) Sí	✓
		b) No	
12	Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor?	a) Sí (pasar a la pregunta 12.1)	✓
		b) No (pasar a la pregunta 13)	
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí	✓
		b) No	
13	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención Médica recibida?	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 3, opción b).

El médico sí le dio la oportunidad de preguntar sus preocupaciones de salud (pregunta 4, opción a).

El médico le dio explicaciones fáciles de entender (pregunta 5, opción a).

No le recetaron medicamentos (pregunta 6, opción a), pero si le indicaron cuidados que deberá seguir en su casa y los entendió (pregunta 7, opción a).

El médico al indicarle el tratamiento considero las preocupaciones del paciente (pregunta 8, opción a).

La paciente considera que no se tomó en cuenta sus necesidades o preocupaciones (pregunta 9, opción b).

La paciente no dejó de tomar medicamentos (pregunta 10, opción b).

La paciente considera que el tiempo que pasó el médico con ella fue el suficiente (pregunta 11, opción b).

Durante su visita al hospital, la paciente sí tuvo dolor y fue atendido (pregunta 12, opción a, y pregunta 12.1, opción a).

Finalmente, el paciente contesta que está más o menos satisfecho con la calidad de la atención (pregunta 13, opción b).



**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.

**XV. 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 del 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.

**XVI. 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) _____		Proporción de sujetos a encuestar del área de urgencias	= $\frac{AU}{(EH + CE + AU)}$ x	140 encuestas para MI en Unidad Urbana ó 96 encuestas para MI en Unidad Rural ó 140 encuestas para AC en Unidad Urbana ó 36 encuestas para AC en Unidad Rural	= _____
• Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) _____					
• Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) _____					

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, 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:

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

### 16.10 Anexo 10: Instructivo de llenado del Concentrado Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

Este Instructivo está dirigido a los Monitores Ciudadanos (Aval Ciudadano) y Monitores Institucionales que realizan las Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias.

El procedimiento para el llenado del Concentrado Manual es el mismo para las tres áreas (Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa)

**Concentrado Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.**

Al igual que la Encuesta, el concentrado consta de dos páginas, en la primera (ver figura 1) están las secciones:

- X. Datos del Establecimiento (unidad médica)
- XI. Datos del entrevistado
- XII. Preguntas (primera parte)

The image shows a screenshot of the 'Concentrado Manual' form. It is divided into three main sections, each highlighted with a red border and labeled with an arrow:

- Sección I: Datos de identificación del establecimiento (unidad médica)**: This section includes fields for 'Nombre del Establecimiento', 'Municipio', 'Localidad', 'Código Postal', 'Número de Identificación de la Unidad Médica', 'Tipo de Establecimiento', 'Especialidad', 'Servicio', 'Tipo de Atención', 'Horario', 'Tipo de Entrevista', and 'Tipo de Entrevistado'.
- Sección II: Datos del entrevistado**: This section includes a grid for recording data for different categories of staff: 'Personal Médico', 'Personal de Enfermería', 'Personal de Limpieza', 'Personal de Cocina', 'Personal de Mantenimiento', 'Personal de Seguridad', 'Personal de Transporte', 'Personal de Atención al Paciente', 'Personal de Atención al Usuario', 'Personal de Atención al Cliente', 'Personal de Atención al Usuario', 'Personal de Atención al Cliente', 'Personal de Atención al Usuario', 'Personal de Atención al Cliente', 'Personal de Atención al Usuario', 'Personal de Atención al Cliente'.
- Sección III: Preguntas (primera parte)**: This section includes a grid for recording responses to various questions, such as '¿Cómo se siente por la hospitalización?', '¿Cómo se siente por el trato?', '¿Cómo se siente por el ambiente?', '¿Cómo se siente por el personal?', '¿Cómo se siente por el costo?', '¿Cómo se siente por el tiempo de espera?', '¿Cómo se siente por el acceso a servicios?', '¿Cómo se siente por el trato?', '¿Cómo se siente por el ambiente?', '¿Cómo se siente por el personal?', '¿Cómo se siente por el costo?', '¿Cómo se siente por el tiempo de espera?', '¿Cómo se siente por el acceso a servicios?'.

Figura 1: Pagina 1 del Concentrado Manual de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno

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

- IX. Preguntas
- X. Firmas

Figura 2: Pagina 2 de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización

The image shows a survey form with a grid for recording responses. The grid has 14 columns labeled with numbers 1 through 14. The rows contain various questions related to patient satisfaction and treatment. Below the grid, there is a section for signatures and names, with fields for 'Nombre y firma del paciente o familiar autorizado' and 'Nombre y firma del responsable del establecimiento'. The form is titled 'Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Hospitalización'.

En la **sección I: Datos de Identificación del Establecimiento**, 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. Para su mayor comodidad, puede copiar los datos registrados en la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

En caso de no conocer alguno de ellos, lo puede preguntar al responsable de la unidad médica

En la **sección II: Datos del entrevistado** y en la **Sección III: Preguntas**, deberá copiar en cada columna, el resultado total de las encuestas aplicadas, como se especifica en la figura 3.

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

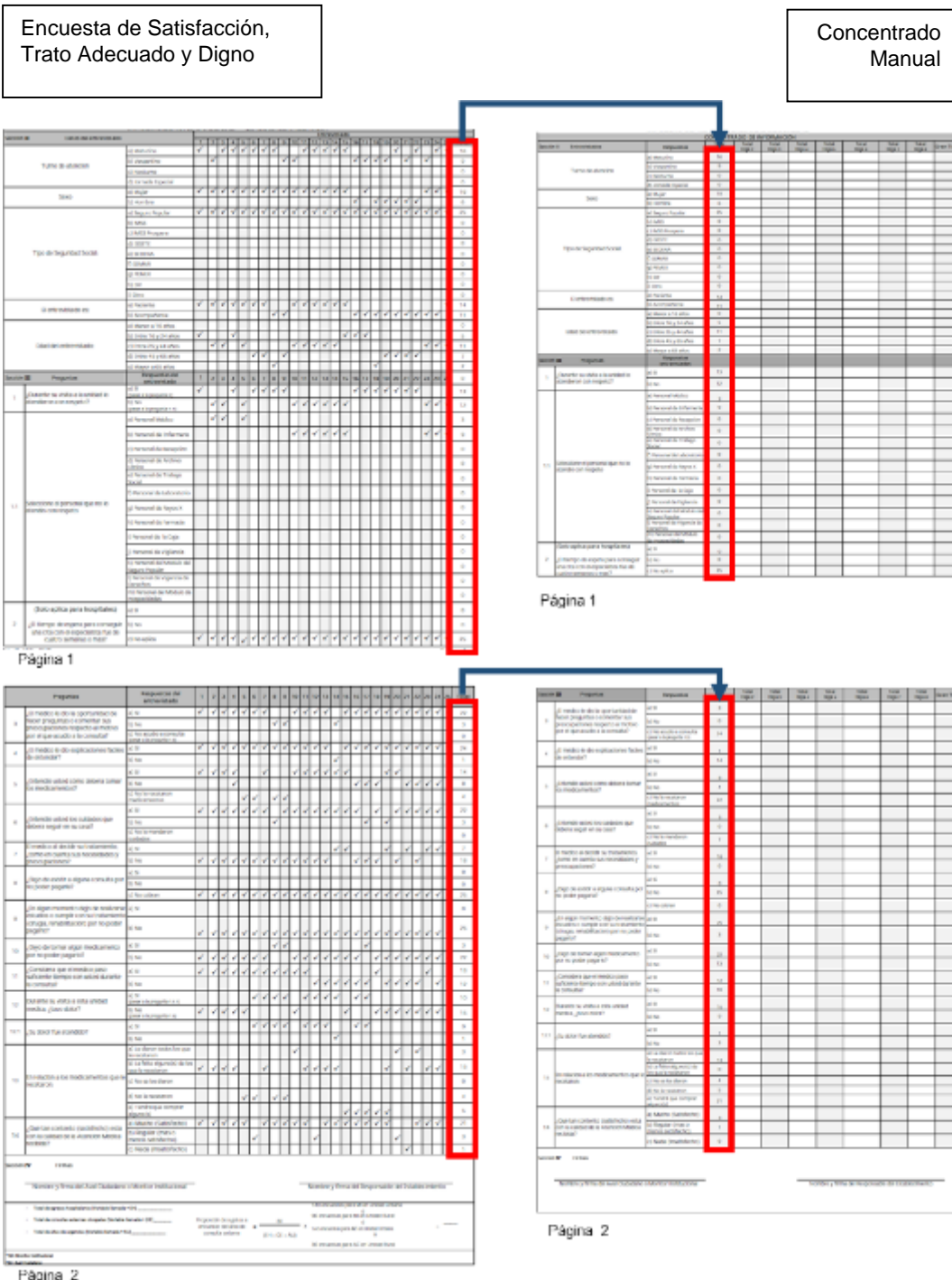


Figura 3: Esquema de llenado del Concentrado Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno



Como se puede ver en la figura 3, una vez que se ha completado la Encuesta, se deberá sumar horizontalmente (de lado a lado) y en la última columna denominada “Total” escribir el resultado de esa suma. Posteriormente, esa misma cifra se deberá copiar en la primera columna del Concentrado Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, denominado “Total Hoja 1”. El mismo ejercicio se debe hacer para las demás hojas de la Encuesta.

Una vez que se ha completado el Concentrado Manual, con tantas columnas como hojas de encuesta se hayan llenado, se volverá a sumar horizontalmente a fin de contar con un gran total, que se escribirá en la última columna del Concentrado Manual. Este gran total, incluye todas las encuestas que se han hecho durante el cuatrimestre.

		CONCENTRADO DE ENCUESTAS										
Sección I	Contenido/tema	Respuestas	Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8	Total	
I	Tipo de atención	01. Medicina	10									
		02. Hospitalario	0									
		03. No hospitalario	0									
		04. Emergencia Hospital	0									
II	Sexo	01. Mujer	19									
		02. Hombre	0									
		03. Seguro Popular	26									
III	Tipo de seguridad social	01. IMSS	0									
		02. ISSSTE	0									
		03. IMSS Bienestar	0									
		04. IMSS Bienestar	0									
		05. IMSS Bienestar	0									
		06. IMSS Bienestar	0									
		07. IMSS Bienestar	0									
IV	El entorno de su...	01. Paciente	14									
		02. Acompañante	11									
		03. Menor a 10 años	0									
V	Edad del entrevistado	01. Entre 10 y 24 años	0									
		02. Entre 25 y 44 años	11									
		03. Entre 45 y 64 años	1									
		04. Mayor a 65 años	7									
Sección II	Preguntas	Respuestas										
		Por entrevista										
1	¿Durante su visita a la unidad se atendieron con respeto?	01. Si	19									
		02. No	12									
1.1	Seleccione el personal que no se atendió con respeto	01. Personal Médico	0									
		02. Personal de Farmacia	0									
		03. Personal de Recepción	0									
		04. Personal de Archivos	0									
		05. Personal de Limpieza	0									
		06. Personal de Cocina	0									
		07. Personal de Laboratorio	0									
		08. Personal de Registros	0									
		09. Personal de Farmacia	0									
		10. Personal de Limpieza	0									
		11. Personal de Cocina	0									
		12. Personal de Laboratorio	0									
		13. Personal de Registros	0									
		14. Personal de Farmacia	0									
2	¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuánto tiempo o más?	01. Si	0									
		02. No	0									
		03. No aplica	26									

## 16.11 Anexo 11: Instructivo de llenado del formato para el Monitoreo Ciudadano (sugerencias de mejora y seguimiento a carta compromiso)

### Presentación

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

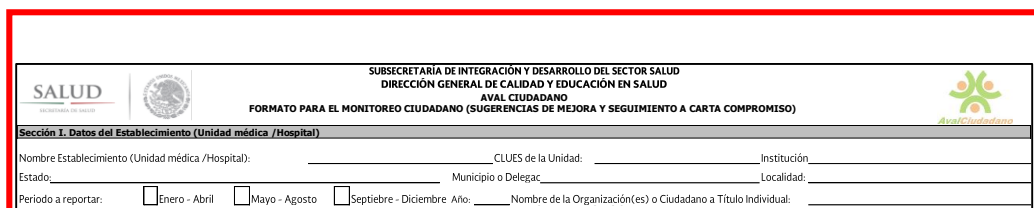
### Objetivo

Dar a conocer al Aval Ciudadano el procedimiento de llenado del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso) para su aplicación en las unidades médicas del Sector Salud.

### Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)

El Formato del Monitoreo Ciudadano consta de dos páginas, en la primera (ver figura 1) están las secciones; Datos del Establecimiento (Unidad médica /Hospital), Identificación de Sugerencias derivadas de revisión por parte del Aval Ciudadano y de las aportaciones de los usuarios, Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta.

En la segunda página (ver figura 2) continua con la sección de Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano, Seguimiento de la Carta Compromiso, Establecimiento de Compromisos y termina con la sección “Nombre y firma del entrevistador y del Responsable de la unidad médica”



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



**Sección II. Identificación de Oportunidades de Mejora derivadas de revisión por parte del Aval Ciudadano y de las aportaciones de los usuarios**

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "✓" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "✓" 1 2 3 4 5 Total de "✓"

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

2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar lo puede ver.

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

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

**CONFORT DE LAS INSTALACIONES**

**INSTRUCCIONES:** Después de realizar una revisión a la Unidad Médica, marque con una "P" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las "P" y colóque el total de "P" en el apartado correspondiente (Total).

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

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

1	
2	
3	

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

**Sección III:**  
Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la

**SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano**

**INSTRUCCIONES:** Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica.

Área o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse
1	
2	
3	
4	

**SECCIÓN V. Seguimiento de la Carta Compromiso**

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del( de los) cuatrimestre(s) anterior(es).

Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año	¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento																			
1	2014	SI/NO		Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
2	2014	SI/NO		Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
3	2014	SI/NO		Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
4	2014	SI/NO		Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención	Atención

**Sección IV:**  
Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval

**Sección V:**  
Seguimiento de la

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

**SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos**

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

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

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

**Sección VI:**  
Establecimiento de Compromisos

Nombre y firma del entrevistador y del Responsable de la unidad médica

**Sección I: Datos de Identificación del Establecimiento (Unidad médica /hospital),** se deben registrar los datos generales que permiten identificar al establecimiento donde se lleva a cabo la encuesta (Nombre del Establecimiento, CLUES, Institución, Estado, Municipio o Delegación, Localidad, periodo a reportar y nombre del Aval Ciudadano, ya sea organización o a título individual) 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 al responsable de la unidad médica

**Sección II: Identificación de Oportunidades de Mejora derivado de la revisión por parte del Aval Ciudadano,** en esta sección se verifica la difusión de los Derechos Generales de los Pacientes y de los resultados de calidad obtenidos por el Aval Ciudadano, también se le pregunta directamente a los usuarios qué es lo que les gusta de la unidad, qué es lo que no les gusta de la unidad y en su caso, qué sugieren para mejorarlo, así mismo se revisa el confort de las instalaciones, específicamente en aspectos relacionados con la privacidad, instalaciones, acceso al público, ventilación, iluminación, superficies y pintura, señalización, limpieza y orden.

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

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

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

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

**Nombre y firma del Aval Ciudadano y del Responsable de la Unidad Médica u Hospital** en esta deberá firmar el Aval Ciudadano y el Responsable de la Unidad, esto a manera de validar la información registrada en el documento.




### **Llenado del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)**

#### **XVII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (UNIDAD MÉDICA):**

- **Nombre del establecimiento:** Escriba el nombre completo del establecimiento (unidad médica) 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 le indicará cuál es el nombre completo de la unidad médica.
- **CLUES del Establecimientos:** Solicite al responsable de la unidad médica 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: 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.
- **Estado:** Escriba el nombre de la Entidad Federativa al que pertenece la unidad médica.
- **Municipio:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- **Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.



- **Periodo:** Marque con una , el periodo en el que se realizó el Monitoreo Ciudadano.
- **Nombre de la Organización o Ciudadano a Título Individual:** Escriba el nombre completo de la organización a la que pertenece con letra clara y sin abreviaturas. Ejemplo: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Fundación Regalo de Corazón. En el caso de los ciudadanos independientes, se registrará su nombre.

 	SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD AVAL CIUDADANO FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)		
<b>Sección I. Datos del Establecimiento (Unidad médica / Hospital)</b>			
Nombre Establecimiento (Unidad médica / Hospital): Centro de Salud La Cantera		CLUES de la Unidad: DFSSA001234	Institución: Secretaría de Salud
Estado: Ciudad de México	Municipio o Delegación: Miguel Hidalgo	Localidad: Miguel Hidalgo	
Periodo a reportar: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre	Año: 2017 Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: Guadalupe Pérez Flores		

### XVIII. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADO DE LA REVISIÓN POR PARTE DEL AVAL CIUDADANO

- Pregunte mínimo a cinco usuarios de la unidad médica u hospital, sobre los derechos de los pacientes. Escriba una “✓” en caso de que conteste que conoce los Derechos Generales de los pacientes o un “X” en caso de que no los conozca, sume el total de “✓”. A continuación, pregunte sobre los resultados de Calidad, escriba una “✓” en caso de que conteste que los resultados de calidad o un “X” en caso de que no los conozca, sume el total de “✓”. En caso de que no conozca los Derechos Generales de los Pacientes o los resultados de Calidad, favor de indicarle en donde se encuentran publicados.
- Entreviste a 10 usuarios de la Unidad Médica y les pregunta las cuestiones que les gustan de la Unidad Médica, las que no les gustan y en caso de que mencionen que algo no les gustó de la Unidad Médica, se les exhorta a que le den sugerencias para mejorar esa cuestión, este apartado impulsa la corresponsabilidad y el diálogo de los usuarios con los Servicios de Salud, los hace partícipes de las decisiones que afectan a toda la comunidad en cuanto a Servicios de Salud, a través del Aval Ciudadano, los usuarios de los Servicios de Salud, pueden expresar sus necesidades, inquietudes, sugerencias y felicitaciones sobre la calidad que se les otorga, el Aval Ciudadano es el encargado de llevar todas estas cuestiones con el Responsable de la Unidad Médica para que sean tomadas en cuenta.



- Después de realizar una revisión a la Unidad Médica, marque con una “✓”. si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las “✓”. y coloque el total de “✓”. en el apartado correspondiente (Total).

Sección II. Identificación de Oportunidades de Mejora derivadas de revisión por parte del Aval Ciudadano y de las aportaciones de los usuarios						
<b>INSTRUCCIONES:</b> Pregunte a 5 usuarios De la Unidad Médica, marque con una “✓” en caso de que contesten “SI” o con una “X” en caso de que contesten “NO”, después sume el total de “✓”						
1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar los puede ver.	✓	X	X	✓		3
2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar lo puede ver.	X	X	X	✓		2
<b>INSTRUCCIONES:</b> Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica.						
	<b>¿Qué es lo que SI le gusta de la Unidad?</b>	<b>¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad?</b>	<b>¿Cómo sugiere que se mejore?</b>			
1	La amabilidad del personal que atiende	Que la sala de espera está muy sucia	Que continuamente se haga la limpieza			
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
<b>CONFORT DE LAS INSTALACIONES</b>						
<b>INSTRUCCIONES:</b> Después de realizar una inspección visual al Establecimiento de Atención Médica, marque con una “P” si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las “P” y coloque el total de “P” en el apartado correspondiente (Total).						
<b>Tema</b>	<b>Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema</b>				<b>Total</b>	
<b>Privacidad</b>	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input checked="" type="checkbox"/> Sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>3</b>	
<b>Instalaciones</b>	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>0</b>	
<b>Acceso al público</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>2</b>	
<b>Ventilación</b>	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>0</b>	
<b>Iluminación</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>1</b>	
<b>Superficies y pintura</b>	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>0</b>	
<b>Señalización</b>	<input type="checkbox"/> Sala de Espera	<input type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>0</b>	
<b>Limpieza y orden</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Espera	<input checked="" type="checkbox"/> Sanitarios	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<b>2</b>	

### XIX. IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD DERIVADO DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Para llenar esta parte se requiere que el Aval Ciudadano, revise el concentrado de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno, de acuerdo a los resultados obtenidos, escriba las tres principales áreas de oportunidad para que mejore la unidad médica u hospital.

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

### XX. SUGERENCIAS DE MEJORA EMITIDAS POR EL AVAL CIUDADANO

Sugerencias de Mejora: Para formular las Sugerencias de Mejora, debe tomar en cuenta las secciones II y III del formato, así como las observaciones que haya encontrado durante su revisión de las

instalaciones. Trate de que éstas puedan traducirse en acciones concretas que ayuden a implementar acciones de mejora en la Unidad Médica y puedan llevarse a cabo.

El Aval Ciudadano utilizará el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano, tomará en consideración lo siguiente:

- La Difusión de los Derechos Generales de los Pacientes y los Resultados de Calidad.
- Las sugerencias realizadas por los usuarios de la Unidad Médica.
- Las oportunidades de mejora detectadas durante la aplicación de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno.
- El estado en que se encuentran las instalaciones.

SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano	
INSTRUCCIONES: Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica	
Area o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse
1 Tiempo de Espera	Entregar fichas con horarios establecidos para pasar a consulta
2 Trato Digno	Capacitar al personal de la unidad sobre el Trato Digno y derechos humanos.
3 Instalaciones	Que se quiten los botes de basura que obstruyen el libre acceso a la sala de espera.
4	
5	

## XXI. SEGUIMIENTO DE LA CARTA COMPROMISO

- En el caso de que se trate de la segunda visita en adelante, registrar el avance de los compromisos establecidos en los Carta compromiso, firmada en el cuatrimestre anterior.
- Marque con una “✓” el cuatrimestre al que corresponde el seguimiento a la Carta Compromiso.
- Registre el año al que corresponde la Carta Compromiso.
- Marque con una “✓” si se cumplió la Carta Compromiso.
- En la columna “Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso” transcriba de la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior los compromisos de mejora.
- En la columna “Evidencia de que se cumplió el compromiso” marque con una “✓” las evidencias de que estos compromisos se han cumplido. Los avances deben contar con evidencias documentadas o físicas de acuerdo a lo establecido.





SECCIÓN V. Seguimiento de la Carta Compromiso																	
INSTRUCCIONES: Marque con una "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del(de los) cuatrimestre(s) anterior(es).																	
Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año			¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento											
1	Ene - Abr	May - Ago	Sep - Dic	SI	No		Agendas	Bilddoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorandum u oficios	Minutas	Otras
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitar al personal de la unidad sobre el Trato Digno y derechos humanos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

### VI: ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS

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

- Para registrar la Carta Compromiso el Gestor de Calidad o el Responsable de la Unidad Médica u hospital, debe tener la Carta Compromiso que entregó al Aval Ciudadano, para ello, se deben firmar tres ejemplares: uno para el Aval Ciudadano, uno para la unidad médica y uno para la jurisdicción Sanitaria.
- De acuerdo a los dominios establecidos en el formato, se marca con una "✓" si hubo sugerencias del aval ciudadano de acuerdo al dominio, para ello, en el formato se describe de que trata cada dominio. En caso de que el Aval no hay emitido sugerencias se coloca la "✓" en la casilla "No".
- A continuación marca con una "✓" en la opción SI, en caso de que haya firmado una carta de acuerdo a cada dominio. En caso de que no se haya firmado Carta Compromiso, se coloca la "✓" en la casilla "No".
- Si se firmó una Carta Compromiso, se coloca la fecha en que se firmó, colocando primero el día, luego el mes y finalmente el año.
- En el apartado "Número de Carta Compromiso", se coloca el número consecutivo de acuerdo a las Cartas Firmadas.

SECCIÓN VI: Establecimiento de Compromisos							
IMPORTANTE: Este espacio debe ser llenado por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre al Aval Ciudadano.							
dominio	Descripción del dominio	¿Hubo Sugerencias?		¿Se firmó Carta Compromiso?		Fecha en la que se firmó la Carta Compromiso	Número de Carta Compromiso
<b>Autonomía:</b>	la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	15 / mayo / 2017	1
<b>Confidencialidad:</b>	Se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Comunicación:</b>	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Trato Digno:</b>	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	15 / mayo / 2017	2
<b>Atención Oportuna:</b>	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Condiciones básicas:</b>	Confort. Evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, iluminación, la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Organización de los servicios</b>	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en la unidad médica y que impactan a la atención del usuario.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Medicamentos:</b>	Se refiere al abasto de medicamentos, la gestión de los mismos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Difusión:</b>	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a los usuarios de los servicios de salud.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	15 / mayo / 2017	3
<b>Infraestructura:</b>	refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el establecimiento de atención médica.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
<b>Equipo:</b>	Se refiere a la solicitud de reparación o comprar de equipo médico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	

**Nombre y firma del Aval Ciudadano y del Responsable de la Unidad Médica u Hospital** en está deberá firmar el Aval Ciudadano y el Responsable de la Unidad, esto a manera de validar la información registrada en el documento.

Este formato deberá enviarse a la Jurisdicción Sanitaria para su captura en los tiempos establecidos.