



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030



POR AMOR A  
**VERACRUZ**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**AVAL CIUDADANO**



POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# Aval Ciudadano, Construir Ciudadanía en Salud.

## Normatividad.

- Guía Operativa del Aval Ciudadano México; 2021 (Actualización) 4ta. Versión.
- Instructivo de Llenado para el Monitoreo Ciudadano.
- Formato del Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso).
- Formato de Carta Compromiso.
- Instructivo de Llenado del **Concentrado** Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Instructivo de llenado de la **Encuesta** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en **Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización.**
- Encuestas** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (ESTAD). (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).
- Concentrados** de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).

# Ambito de Acción

Secretaría  
de Salud.

Instituto  
Mexicano  
del Seguro  
Social.

Instituto  
Mexicano  
del Seguro  
Social  
Bienestar.

Instituto de  
Seguridad y  
Servicios  
Sociales para  
los  
Trabajadores  
del Estado.

Servicios  
Médicos  
Estatales.

Servicios  
Médicos  
Municipales.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Ambito de Acción

Secretaría  
de Marina.

Secretaría  
de la  
Defensa  
Nacional.

Sistema  
Nacional  
para el  
Desarrollo  
Integral  
de la  
Familia.

Petroleos  
Mexicanos.

Cruz  
Roja.

Hospitales  
Universitarios

Servicios  
Médico  
Privados  
(opcional)



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## De acuerdo al Catálogo de CLUES, los EAM que se excluyen de tener Aval Ciudadano son:

Nombre tipo de Establecimiento:  
“Asistencia Social y de “Apoyo”.

Nombre de Tipología: Los EAM catálogos 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.

Consultorio de Medicina Familiar: Excluir "O" Sin Consultorios.

Unidades Móviles: Excluir solo las que son tipo "O", utilizadas únicamente como transporte.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# ¿Qué es la Participación Ciudadana?

Conjunto de disposiciones y acciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan, sin integrarse en las estructuras institucionales.

**La participación ciudadana en los servicios de salud** permite a los miembros de algunas organizaciones sociales contribuir voluntariamente a un proceso de diálogo vivo entre la sociedad y los Servicios de Salud.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Definición:

El Aval Ciudadano es un mecanismo de participación ciudadana que evalúa la percepción de los usuarios respecto a la Atención Médica y del trato otorgado por parte de las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de coadyuvar en la mejora del Trato Digno y la Calidad en los Servicios que brindan.

En forma independiente y responsable contribuye a evaluar los Servicios de Salud, ayudando, a las instituciones a mejorar la confianza de los usuarios.



# Objetivo principal

**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.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Propósito

**Avalar** las acciones que realizan las instituciones del Sector Salud, para ayudar a mejorar el Trato Adecuado y digno en los Servicios que se brindan a los usuarios.

El Aval Ciudadano, en forma independiente y responsable, contribuye a evaluar los servicios de salud, ayudando a las Instituciones a obtener la confianza de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**

SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**

SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# ¿Quiénes pueden Aval Ciudadano?

a) Organizaciones de la Sociedad Civil.

b) Universidades.

c) Otras Instituciones Educativas.

d) Empresas Privadas.

e) Agrupaciones Diversas no constituidas jurídicamente.

f) Agrupaciones local integradas por pacientes o usuarios.

g) Ciudadanos a Título Individual.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# ¿Quiénes pueden Aval Ciudadano?

Clasificación	Definición
Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).	<p>Se consideran aquellas Organizaciones de la Sociedad Civil que están constituidas legalmente: Sociedad Civil (SC), Asociaciones Civiles (Ac), e Instituciones de Asistencia Privada (IAP).</p> <p>Legalmente significa que están constituidas ante la Fe de un Notario Público y cuentan con un Testimonio Notarial.</p>
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.	Son los locatarios, grupos de colonos, sociedad de padres de familia, agrupaciones locales ( grupo de dos personas o más de la comunidad que 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 que participan como Avales Ciudadanos, en relación al total de avales ciudadanos en el estado.
Ciudadano a Titulo 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.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Tipos de Aval Ciudadano.

Tipos	Ámbito de acción.	Funciones.
Locales.	Son aquellos avales ciudadanos que solo 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 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.
Jurisdiccionales o Municipales.	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 en su área de trabajo, que <b>NO</b> estén cubiertas por Avales Ciudadanos locales o Municipales. Apoyará en la asesoría de otros avales de su región. Entregará sus resultados y sugerencias de mejora a cada uno de los responsables de las diferentes EAM en las que participa y mantiene comunicación estrecha.
Estatales o Regionales.	Son aquellos avales ciudadanos que realizan actividades en varias unidades médicas de una entidad.	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 jurisdiccionales o regionales y con las diversas instancias de Sector Salud. Entregará sus resultados y sugerencias de mejora a cada uno de los responsables de las diferentes EAM en las que participa y mantiene comunicación estrecha con las autoridades estatales de salud.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Aval Ciudadano por tipo de EAM.

<b>Tipo de EAM</b>	<b>Requerimientos específicos del Aval Ciudadano..</b>
Caravanas de Salud tipo I, II y III.	Se requiere de un Aval Ciudadano a Título Individual, Organización o agrupación Local.
EAM de Primer Nivel.	Se requiere de un Aval Ciudadano a Titulo 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), o empresa privada.
EAM 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), o 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 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).



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Calidad Percibida.

Es la valoración realizada por los pacientes y sus familiares o acompañantes, en relación al tiempo de espera, trato recibido (información recibida y confort), atendiendo a sus expectativas y valores.



## Satisfacción de los usuarios.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



# ¿Qué es el Trato Digno Adecuado y Digno?

- ❑ El Trato Digno, es un componente del trato adecuado.
- ❑ Se enfoca en la atención con respeto, atendiendo a los derechos humanos y características individuales de las personas, tomando como base los **Derechos de las y los Pacientes**.
- ❑ Promueve 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.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



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



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Importancia del Respeto a los Derechos de las y los Pacientes.

- Respetar su dignidad y autonomía.
- Garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación Personal de Salud - Usuario.
- Ofrecer un Trato digno a los Usuarios.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

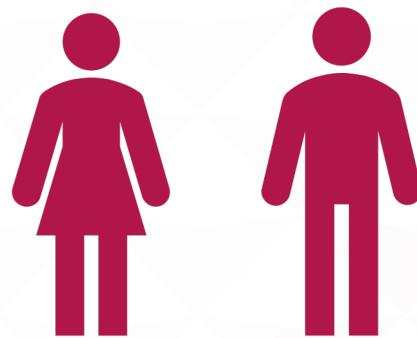
**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



# Decálogo de Derechos de las y los Pacientes.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), actualizó el 9 de noviembre de 2023.



## DECÁLOGO DE DERECHOS DE LAS Y LOS PACIENTES

- 1 Recibir atención médica adecuada.**
- 2 Recibir trato digno y respetuoso.**
- 3 Recibir información suficiente clara, oportuna y verás.**
- 4 Decidir libremente sobre su atención.**
- 5 Otorgar o no su consentimiento, válidamente, informado.**
- 6 Ser tratado con confidencialidad.**
- 7 Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.**
- 8 Recibir atención, en caso de emergencia.**
- 9 Contar con un expediente clínico.**
- 10 Ser atendido cuando se inconforme con la atención.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVÉR**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

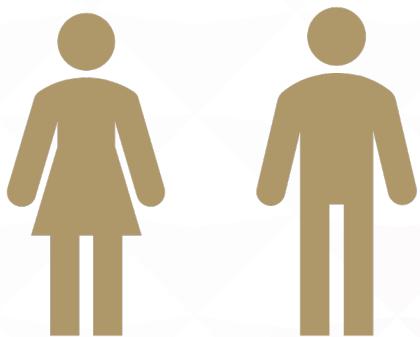
**SESVÉR**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**POR AMOR A  
VERACRUZ**

# Decálogo de Obligaciones de las y los Pacientes.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), actualizo el 9 de noviembre de 2023.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## DECÁLOGO DE OBLIGACIONES DE LAS Y LOS PACIENTES

- O1** Acudir a revisión médica de manera periódica.
- O2** Ser corresponsable del cuidado de mi salud.
- O3** Tratar con respeto y dignidad al personal de salud.
- O4** Cumplir con los trámites y procedimientos normativos de la Atención Médica
- O5** Proporcionar de forma completa y veraz la información necesaria para la atención de mi salud.
- O6** Cumplir con las indicaciones del Personal de Salud.
- O7** Comunicar de manera inmediata cualquier complicación o efecto inesperado de mi salud.
- O8** Evitar la automedicación y el uso irracional de antibióticos.
- O9** Acudir con Profesionales de la Salud titulados y certificados.
- O10** Cuidar las instalaciones y respetar los reglamentos de la Unidad Médica.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**POB AMOR A  
VERACRUZ**

# Decálogo de Obligaciones de las y los Profesionales de la Salud

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), actualizo el 9 de noviembre de 2023.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESV ER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## DECÁLOGO DE OBLIGACIONES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD

- 01** Brindar trato digno a pacientes, familiares y/o cuidadores.  
Brindar información integral a pacientes, familiares y/o cuidadores. **02**
- 03** Abstenerse de resultados y facilitar una segunda opinión en caso de duda o incertidumbre.  
Integrar, cuidar y resguardar el Expediente Clínico. **04**
- 05** Garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales de las y los pacientes.  
Utilizar correctamente los recursos sanitarios de los que disponga. **06**
- 07** Recabar el Consentimiento Informado.  
Referir a la o el paciente oportunamente a un profesional o Unidad Médica de mayor capacidad resolutiva. **08**
- 09** Actualización y certificación profesional permanente.  
Responder y resolver las inconformidades y quejar por la atención médica brindada. **10**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESV ER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# Decálogo de Derechos de las y los Profesionales de la Salud

**La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), actualizo el 9 de noviembre de 2023.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## DECÁLOGO DE DERECHOS DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD

- 1** Ejercer una profesión **en forma lícita, libre y responsable.**
- 2** Participar en la mejora de la **calidad de la atención.**
- 3** Contar con **infraestructura, equipamiento y material necesario.**
- 4** Recibir información necesaria completa y verás por parte de los pacientes familiares y o cuidadores.
- 5** Recibir, **trato digno y respetuoso.**
- 6** Acceso a actividades para el desarrollo y crecimiento profesional y recibir asesoría jurídica y acceder voluntariamente a mecanismos alternativos de solución de controversias.
- 7** Contar con **protección** para salvaguardar su prestigio, honorabilidad, derechos humanos y en su caso.
- 8** Ejercer su **derecho de réplica.**
- 9** Inconformarse ante la autoridad **por actos de discriminación o maltrato.**
- 10** Recibir **remuneración** por su trabajo



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**POR AMOR A**  
**VERACRUZ**

# Participación Ciudadana.

DERECHOS DE LAS Y LOS PACIENTES.

OBLIGACIONES DE LAS PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

RESPUESTA CORRESPONSABLE



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Objetivos y funciones del Aval Ciudadano.



POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# Funciones del Aval Ciudadano.

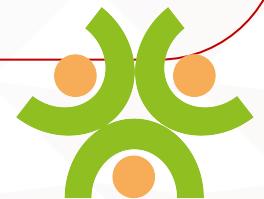
- Participar en la **identificación de necesidades y expectativas** de mejoras de calidad de los Servicios de Salud para una mejor atención de los usuarios.
- Participar con autoridades y personal de salud en la **toma de decisiones**, para mejorar el Trato digno en las instituciones públicas de Salud.
- 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 obligaciones de las y los pacientes.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**AvalCiudadano**

## Funciones del Aval Ciudadano.



**AvalCiudadano**

- Contribuir a **generar transparencia de la información** y resultados en materia de Trato Digno emitidos por las instituciones de salud.
- Generar **nuevas iniciativas que propicien una participación** más amplia de la ciudadanía en la búsqueda de la calidad óptima de los Servicios de Salud.
- Contribuir a **mejorar la confianza del paciente y la ciudadanía** en las instituciones de salud.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Actividades del Aval Ciudadano.

1. Aplicar la **Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno**, a una muestra aleatoria.

2. Aplicar el **Formato de Monitoreo Ciudadano** (Sugerencias de Mejora y Seguimiento Compromiso, una vez cada cuatrimestre).

3. Recabar las **Sugerencias** de los usuarios para mejorar la calidad en la atención.

4. Realizar de manera cuatrimestral una **revisión física** del estado que guardan las instalaciones de la sala de espera, sanitarios, consultorios, etc.



# Actividades del Aval Ciudadano.

5. Difundir los **Derechos y las Obligaciones 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.

8. Revisar junto con el responsable de la Unidad o 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** elaborada por el Responsable de la Unidad Médica, atendiendo a las sugerencias emitidas por el Aval Ciudadano.



## Actividades del 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.





GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Monitoreo Ciudadano



POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# El Monitoreo Ciudadano (MC)



**AvalCiudadano**

Se entiende 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 de desarrollo de la cultura de calidad de los Servicios de Salud.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# El Monitoreo Ciudadano



**AvalCiudadano**

La frecuencia de la aplicación del MC es **cuatrimestral**.

Frecuencia MC	
Primer Cuatrimestre (1Q)	Enero – Abril
Segundo Cuatrimestre (2Q)	Mayo - Agosto
Tercer Cuatrimestre (3Q)	Septiembre - Diciembre

Tipo de Unidad Médica	Total de encuestas aplicar en el Cuatrimestre
Urbana	140
Rural	36



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Apoyo de las Instituciones de Salud al Aval Ciudadano.

1. Ser el enlace de la Unidad Médica y el Aval Ciudadano, proporcionando las herramientas para su funcionamiento.

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

Mantener diálogo 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 programado en el EAM.

7. Enviar a la Jurisdicción copia de la resultante información del Monitoreo Ciudadano.

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





# AvalCiudadano



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**Queremos dar voz las y los ciudadanos  
para mejorar la Calidad y Seguridad  
de la Atención en los Servicios de Salud**

Si perteneces a una Organización de la Sociedad Civil, Asociación,  
Centro Académico, o a título individual

**¡Infórmate y participa!**

[avalciudadano@salud.gob.mx](mailto:avalciudadano@salud.gob.mx)

Los servicios de salud necesitan la confianza de los usuarios, familias y comunidades

## 1. Convocatoria y selección de Avales



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**¡Un Aval Ciudadano por Establecimiento de Atención Médica!**

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

## 2. Conocimiento del Aval y su aceptación.

### ¿ Quien puede ser Aval Ciudadano?

- Personas mayores de 18 años.
- Dedicar tiempo y compromiso a la calidad percibida sin compensación económica o retribución alguna.
- No ser servidores públicos o directivos de los servicios de salud.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

Folio de Registro Aval Ciudadano
VZ/0147/2024

## ACTA DE INSTALACIÓN DE LAS Y LOS AVALES CIUDADANOS

### CONSTRUIR CIUDADANÍA EN SALUD: MECANISMO DEL AVAL CIUDADANO

ESTADO: VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE  
FECHA DE REGISTRO: 05 / 11 / 2024  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 / 12 / 2024  
ÁMBITO: ORIZABA

### 3. Firma del Acta de Instalación y entrega de Credencial y reconocimiento

Folio de Registro Aval Ciudadano
VZ/0147/2024

#### ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Responsable del Establecimiento de Salud donde se instala la o el Aval Ciudadano:

MARÍA GUADALUPE ROMERO MENDOZA  
ENCARGADO DE UNIDAD

#### AVAL CIUDADANO

Aval ciudadano instalado:

OFELIA NICOLAS DE LOS SANTOS

#### TESTIGOS

Secretario (a) de Salud, Autoridad de Salud Estatal o Autoridad Institucional:

MTRO. AUDÓN MIJANGOS MARCOS  
COORDINADOR DE CALIDAD EN SALUD

Directora General de Calidad y Educación en Salud:

DRA. LAURA CORTÉS SANABRIA



# Vigencia del Acta de Instalación

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

1. Cuando el AC de es a Título Personal y éste cambio.
2. Cuando el AC es una Organización o Agrupación Local y cambian todos los integrantes.

Cuando el Director o Responsable de la Unidad Médica cambia, **No** es necesario renovar el Acta de Instalación del Aval Ciudadano.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



## AvalCiudadano

Construir ciudadanía en salud

Nombre de la o el Aval Ciudadano

XXXXXX. XXXXXXXX. XXXXXXX

Tipo de Aval Ciudadano

Estatal o Regional     Jurisdiccional/ Delegacional o Distrital     Local     Municipal

Nombre de la Organización

Aval Ciudadano

Nombre de la Unidad y CLUES

Soledad Atzompa

VZSSA015755

CREDENCIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA Y DEL  
AVAL CIUDADANO QUE PARTICIPAN EN EL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD



## AvalCiudadano

Construir ciudadanía en salud

Firma de la o del  
Aval Ciudadano

Firma de la o del Responsable  
de la Unidad

Firma de la Autoridad de  
Salud Estatal o Institucional

Fecha



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud  
Otorga el presente

## RECONOCIMIENTO

a

OFELIA NICOLAS DE LOS SANTOS

Por su compromiso y aportaciones sociales como

### Aval Ciudadano

en representación de la población usuaria de los servicios de salud, a favor de la mejora de la calidad, el trato digno y humano, la satisfacción y la transparencia en la atención de la salud.

#### DATOS DE REGISTRO

Folio de Registro	VZ/0147-01/2024
Ámbito de actuación	LOCAL SOLEDAD ATZOMPA
CLUES	VZSSA015755
Institución	SECRETARÍA DE SALUD
Entidad Federativa	VERACRUZ DE IGNACIO
Fecha de instalación	13/05/2024

Se exhorta a continuar colaborando con la Institución, de manera ética y sin conflictos de interés, en beneficio de la población mexicana.

Ciudad de México, a 11 de Diciembre de 2024.

**DRA. LAURA CORTÉS SANABRIA**  
Directora General de Calidad y Educación en Salud



AvalCiudadano

4. Definición de  
funciones y  
responsabilidades.

5. Capacitación  
sobre el Monitoreo  
del Aval Ciudadano.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Instrumentos del Aval Ciudadano



POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

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

CONSULTA EXTERNA

Formato FI/II CE-E

Sección I Datos del Establecimiento.  
Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

Sección II Datos de la persona entrevistada

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

Turno de atención:  
a) Matutino  
b) Vespertino  
c) Nocturno  
d) Jornada Especial

Sexo de la persona entrevistada:  
a) Mujer  
b) Hombre

Institución que proporciona la atención médica:  
a) SSA  
b) IMSS  
c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))  
d) ISSSTE  
e) SEDENA  
f) SEMAR  
g) PEMEX  
h) DIF  
i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)  
j) Otro

La persona entrevistada es:  
a) Paciente  
b) Acompañante

Edad de la persona entrevistada:  
a) Menor a 16 años  
b) Entre 16 y 24 años  
c) Entre 25 y 44 años  
d) Entre 45 y 65 años  
e) Mayor a 65 años

Sección III Preguntas

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?  
a) Sí  
(pesar a la pregunta 2)  
b) No  
(pesar a la pregunta 13)

11 Seleccione el personal que no le atendió con respeto:  
a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra  
b) Personal de Enfermería  
c) Personal de Recepción  
d) Personal de Archivo Clínico  
e) Personal de Trabajo Social  
f) Personal de Laboratorio  
g) Personal de Rayos X  
h) Personal de Farmacia  
i) Personal de Caja  
j) Personal de Vigilancia  
k) Personal del Módulo de Atención y Orientación  
l) Personal de Vigencia de Derechos  
m) Personal del Módulo de Incapacidades  
n) Personal de Limpieza

2 ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?  
a) Sí  
b) No  
c) No aplica



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

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

HOSPITALIZACIÓN

Formato FI/II HOSP-E

Sección I Datos del Establecimiento.  
Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

Sección II Datos de la persona entrevistada

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

Turno de atención:  
a) Matutino  
b) Vespertino  
c) Nocturno  
d) Jornada Especial

Sexo de la persona entrevistada:  
a) Mujer  
b) Hombre

Institución que proporciona la atención médica:  
a) SSA  
b) IMSS  
c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))  
d) ISSSTE  
e) SEDENA  
f) SEMAR  
g) PEMEX  
h) DIF  
i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)  
j) Otro

La persona entrevistada es:  
a) Paciente  
b) Acompañante

Edad de la persona entrevistada:  
a) Menor a 16 años  
b) Entre 16 y 24 años  
c) Entre 25 y 44 años  
d) Entre 45 y 65 años  
e) Mayor a 65 años

Sección III Preguntas

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?  
a) Sí  
(pesar a la pregunta 2)  
b) No  
(pesar a la pregunta 13)

11 Seleccione el personal que no le atendió con respeto:  
a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutrólogo/ Dentista/ Psiquiatra  
b) Personal de Enfermería  
c) Personal de Recepción  
d) Personal de Archivo Clínico  
e) Personal de Trabajo Social  
f) Personal de Laboratorio  
g) Personal de Rayos X  
h) Personal de Farmacia  
i) Personal de Caja  
j) Personal de Vigilancia  
k) Personal del Módulo de Atención y Orientación  
l) Personal de Vigencia de Derechos  
m) Personal del Módulo de Incapacidades  
n) Personal de Limpieza

2 Mientras estuve hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?  
a) Sí  
b) No



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

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

URGENCIAS

Formato FI/II URG-E

Sección I Datos del Establecimiento.  
Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

Sección II Datos de la persona entrevistada

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

Turno de atención:  
a) Matutino  
b) Vespertino  
c) Nocturno  
d) Jornada Especial

Sexo de la persona entrevistada:  
a) Mujer  
b) Hombre

Institución que proporciona la atención médica:  
a) SSA  
b) IMSS  
c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))  
d) ISSSTE  
e) SEDENA  
f) SEMAR  
g) PEMEX  
h) DIF  
i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)  
j) Otro

La persona entrevistada es:  
a) Paciente  
b) Acompañante

Edad de la persona entrevistada:  
a) Menor a 16 años  
b) Entre 16 y 24 años  
c) Entre 25 y 44 años  
d) Entre 45 y 65 años  
e) Mayor a 65 años

Sección III Preguntas

Personas entrevistadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 Total

1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?  
a) Sí  
(pesar a la pregunta 2)  
b) No  
(pesar a la pregunta 13)

11 Seleccione el personal que no le atendió con respeto:  
a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutrólogo/ Dentista/ Psiquiatra  
b) Personal de Enfermería  
c) Personal de Recepción  
d) Personal de Archivo Clínico  
e) Personal de Trabajo Social  
f) Personal de Laboratorio  
g) Personal de Rayos X  
h) Personal de Farmacia  
i) Personal de Caja  
j) Personal de Vigilancia  
k) Personal del Módulo de Atención y Orientación  
l) Personal de Vigencia de Derechos  
m) Personal del Módulo de Incapacidades  
n) Personal de Limpieza

2 ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?  
a) Sí  
b) No

# Formato para el Monitoreo Ciudadano.



**AvalCiudadano**

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 EAM, con el fin de tomar decisiones conjuntas para la mejora del Trato Digno.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)**
**SECCIÓN I. Datos de la Unidad médica /Hospital**

Nombre de la Unidad médica /Hospital: \_\_\_\_\_ CLUES de la Unidad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Entidad federativa: \_\_\_\_\_ Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Año: \_\_\_\_\_ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivado de revisión por parte de la o el Aval Ciudadano**

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

1. ¿La persona usuaria conoce los Derechos Generales de las y los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar los puede ver.

2. ¿La persona usuaria conoce los resultados del Monitoreo Ciudadano difundidos en el Tablero de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indicarle en qué lugar lo puede ver.

**INSTRUCCIONES:** Pregunte a 10 personas usuarias de la unidad médica.

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

**CONFORT DE LAS INSTALACIONES**

**INSTRUCCIONES:** Despues de realizar una inspección visual 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).

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	

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

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


**FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)**
**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

No.	Área 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 "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del(de los) cuatrimestre(s) anterior(es).

Cuartrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año	¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento											
				Agendas	Bitácoras	Constancias	Facturas	Fotos	Informes	Listas de asistencia	Material Impreso	Memorándum u oficios	Minutas	Otras	
1	Ene- Abr	May- Ago	Sep - Dic	Si	No										
2	Ene- Abr	May- Ago	Sep - Dic	Si	No										
3	Ene- Abr	May- Ago	Sep - Dic	Si	No										
4	Ene- Abr	May- Ago	Sep - Dic	Si	No										
5	Ene- Abr	May- Ago	Sep - Dic	Si	No										

**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 la o el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de Educación de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre a la o el 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:	Es la capacidad de la o el usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Confidencialidad:	Se relaciona con el derecho de las y los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Comunicación:	Que la o el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su padecimiento y sobre las distintas opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Trato Digno:	Implica que la o el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Condiciones básicas:	Confort, Evaluá, 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Organización de los servicios:	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en la Unidad Médica y que impactan a la atención de las y los usuarios.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Medicamentos:	Se refiere al abasto y la gestión de medicamentos.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Difusión:	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a las y los usuarios de los servicios de salud.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Infraestructura:	Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en la Unidad Médica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Equipo:	Se refiere a la solicitud de reparación o compra de equipo médico.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	

Nombre y firma de la o el Aval Ciudadano \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Responsable de la Unidad Médica \_\_\_\_\_



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

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



# Llenado de la Carta Compromiso.

La Carta Compromiso es el documento que establece los compromisos que asumen los responsables de los EAM con el Aval Ciudadano para la Mejora de Atención, a través de la participación ciudadana, este documento, resulta de la aplicación de los instrumentos Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (ESTAD) y Formato para el Monitoreo Ciudadano.

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.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**

SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**

SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Sugerencias de Mejora:

Todas las sugerencias de mejora del Aval Ciudadano referentes a la mejora del Trato Adecuado y Digno deben ser atendidas.

Las sugerencias que sólo deben incluirse en caso de **contar con los recursos económicos para cumplirlos son:**

- Sugerencias que se refieren a la compra de equipo.
- Sugerencias que se refieren a la Infraestructura.
- Sugerencias que se refieren a la Contratación de Personal.
- En el caso de no contar con los recursos necesarios para cumplir las sugerencias de los avales referentes a los temas indicados,(Equipo, infraestructura, contratación de personal) **deben derivarse a las autoridades de salud Jurisdiccionales o Estatales.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**

SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**

SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



## CARTA COMPROMISO

### DATOS DE LA UNIDAD MEDICA / HOSPITAL

#### SECCION I

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Nombre de la o el Responsable de la Unidad Médica: \_\_\_\_\_

Periodo a reportar:  Enero - Abril       Mayo - Agosto       Septiembre - Diciembre

### COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA CON LA O EL AVAL CIUDADANO

Área o aspecto de trato digno con oportunidad de mejora detectada por la o el Aval Ciudadano (ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)	Compromisos de mejora que adopta el Establecimiento de Atención Médica. ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones

La Carta Compromiso se realiza por duplicado, un original es para la o el Aval Ciudadano y otro para resguardo de la Unidad Médica. En \_\_\_, 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 la o el Aval Ciudadano. Permite impulsar la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, mediante el análisis de los resultados presentados por la o 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 las y los usuarios y la o el Aval Ciudadano, e interna mediante la cual el personal de salud representado por la persona 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

### Persona responsable de la Unidad Médica

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

### FIRMAS

#### Aval Ciudadano

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Organización o agrupación: \_\_\_\_\_

# SALUD

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

## Sección I

### Datos del establecimiento.

Nombre de la Unidad: Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Institución: Secretaría de Salud

CLUES: VZSSSA002965

Estado: Veracruz

Municipio: Xalapa

Localidad: Xalapa

Nombre del Responsable del Establecimiento: Dr. Rafael Norberto Hernández Gómez

Periodo a reportar: Enero - Abril       Mayo - Agosto      Septiembre - Diciembre

COMPROMISOS DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL AVAL CIUDADANO					
Área o aspecto de trato digno con oportunidad de mejora detectada por el Aval Ciudadano (ver sección IV del Formato de Monitoreo Ciudadano)	Compromisos de mejora que adopta el Establecimiento de Atención Médica ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar las habilidades de comunicación para dar información a pacientes y/o familiares.</li><li>• Realizar el Curso relacionados al Trato Digno entre personal de salud y usuarios que asisten a este hospital.</li><li>• Mejorar las estrategias de comunicación organizacional en Consulta Externa, Urgencias e Hospitalización.</li></ul>	La Subdirección Médica y Subdirección de Enseñanza en conjunto con las jefaturas de Enfermería, Trabajo Social y responsables de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización realizarán estrategias de reforzamiento en capacitación de temas como: Trato Digno en los servicios de salud, Introducción a la Atención Primaria de Salud y Liderazgo a través del conocimiento; la finalidad es generar estrategias de comunicación que permitan una atención adecuada a pacientes y/o familiares que reciben atención en el CAE Dr. Rafael Lucio.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dr. José B. Ramírez Cabrera</li><li>• Dr. Juan G. Neme Kuri</li><li>• Dra. Sandra Kira Niño Oberto</li><li>• L.E.E. Dula Contreras Hernández</li><li>• T.S. Julieta Sánchez González</li><li>• Dr. Enrique Arteaga Lendechy.</li><li>• Dr. Jaime González Macías</li></ul>	Inmediato	Permanente	Se realizaran supervisiones en los servicios involucrados para evaluar la calidad de la atención que se está otorgando.

La Carta Compromiso se realiza por duplicado, un original es para el Aval Ciudadano y otro para resguardo de la Unidad Médica. En la ciudad de Xalapa, el dia 06 de Septiembre de 2024. 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

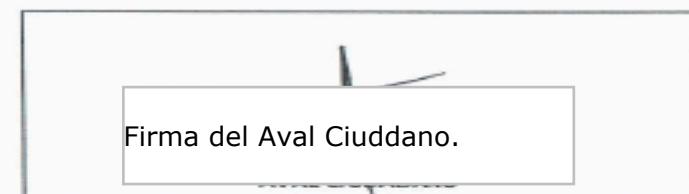


Firma del Director (a) de la Unidad Médica.



NÉZ

LUCIO



Firma del Aval Ciudadano.

Recibido Original  
06 Sept. / 2024

# Registro y Alta del Aval Ciudadano.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

Organización/Agrupación

Ciudadano



AvalCiudadano

**Secretaría de Salud**

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Gobierno de  
México

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud



AvalCiudadano

**Sistema de Registro de Avales Ciudadanos**GOBIERNO DEL ESTADO  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

UNIDAD MÉDICA	
<b>Institución:</b>	SECRETARÍA DE SALUD
<b>Entidad:</b>	-- Seleccione una opción --
<b>Jurisdicción:</b>	-- Seleccione una opción --
<b>Municipio:</b>	-- Seleccione una opción --
<b>Localidad:</b>	-- Seleccione una opción --

# Solicitud de baja/alta: Aval Ciudadano



**SESVER**  
Servicios de Salud  
de Veracruz

**VERA CRUZ**  
ME LLENA DE ORGULLO

## COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Oficio: SESVER/JSVII/CCS/11/2024  
Asunto: Bajas de Avales Ciudadanos en Plataforma SIRAVAL

Orizaba, Veracruz a 6 de febrero de 2024

**MTRA. MARÍA DOLORES CARRASCO ZAMORA**

COORDINADORA DE CALIDAD EN SALUD  
Jalapeños Ilustres no. 3  
Entre Insurgentes y Carrillo Puerto  
Col. 2 de abril, Xalapa, Ver.

**PRESENTE:**

Por medio del presente me permito enviarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle su apoyo para realizar la **baja de Avales Ciudadanos dentro del Programa SIRAVAL** que a continuación se detallan, ya que por motivos personales o por algún otro incidente dejaron de hacer actividades:

No.	NOMBRE DE AVAL	LOCALIDAD
1	EPIFAN FRANCISCO DE JESUS	PUENTE GUADALUPE , MPIO.ACULTZINGO, VER
2	FELICITAS TLEHUACTEL MAYAHUA	TLAXCANTLA, MPIO, ZONGOLICA, VER
3	LUISA MARIANA SALAZAR PEREZ	TLILAPAN, VER
4	SENRINA ABRAHAM CUATRA	MOXHALA,MPIO DE TEQUILA, VER
5	MAXIMINO HERNANDEZ ROSALES	TENEXAPA, MPIO. XOXOCOTLA, VER
6	LORENZO ROSALES ZAVALET	LA MESITA, MPIO. XOXOCOTLA, VER
7	DELFINO CLEMENTE CARVAJAL	TENEXAPA, MPIO. XOXOCOTLA, VER
8	HILARIO SALAS TZOMPAXTLE	ASTACINGA, VER
9	PATRICIA SANCHEZ SALAS	ASTACINGA, VER
10	REYNA MACUITLÉ ANDRADE	TEHUIPANGO, VER
11	MARTHA TENZOHUA SANCHEZ	VISTA HERMOSA, MPIO.TLAQUILPA, VER
12	SALOMON SANCHEZ SALAS	TENEXCALCO, MPIO. TLAQUILPA, VER
13	MAYRA GUADALUPE TOLEDO MAZA	CONOCIDO
14	CONSUELO YADIRA GARCIA ROSET	ORIZABA, VER
15	HERIBERTO I FALCON ABURTO	LINDERO, MPIO. LA PERLA, VER
16	IZBETH ZOQUITECATL TEMOXTLE	TLACHICHICAZPA, MPIO TEHUIPANGO, VER
17	MAR GARC ANTONIO	SOLEDAD ATZOMPA, VER
18	MARIO CRUZ ANTONIO	ATZOMPA, VER.



Av. Enriquez s/n Zona Centro  
CP 91000, Xalapa, Veracruz  
Tel. 01 235 101 4181

[www.veracruz.gob.mx](http://www.veracruz.gob.mx)

**200 AÑOS  
VERACRUZ**  
DE IGNACIO DE LA LLAVE  
COMO PARTE DE LA FEDERACION



**VERACRUZ**  
GOBIERNO  
DEL ESTADO

**SS**  
Secretaría de Salud  
de Veracruz

**SESVR**  
Servicios de Salud  
de Veracruz

**VERA CRUZ**  
ME LLENA DE ORGULLO

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO  
SERVICIOS DE SALUD COORDINACIÓN DE CALIDAD

R 08 FEB. 2024  
RECIBIDO

SIA CIA X 21 hojas  
HORA 12:18 FIRMA

## COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Oficio: SESVER/JSVII/CCS/12/2024  
Asunto: Altas de Avales Ciudadanos en Plataforma SIRAVAL

Orizaba, Veracruz a 6 de febrero de 2024

**MTRA. MARÍA DOLORES CARRASCO ZAMORA**

## COORDINADORA DE CALIDAD EN SALUD

Jalapeños Ilustres no. 3  
Entre Insurgentes y Carrillo Puerto  
Col. 2 de abril, Xalapa, Ver.

**PRESENTE:**

Por medio del presente me permito enviarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle su apoyo para realizar la **Alta de Avales Ciudadanos dentro del Programa SIRAVAL** que a continuación se detallan:

No.	NOMBRE	CENTRO DE SALUD	LOCALIDAD	CLAVE DE ELECTOR
1	LORENZA TZOMPAXTLE ITEHUA	CARAVANA TEPEANTLA	TEPANTLA, MPIO. ASTACINGA, VER	IDMEX-2302699384
2	CECILIA ZEPAHUA CEPAHUA	CARAVANA OCOTEMPA	OCOTEMPA, MPIO. TEQUILA, VER	IDMEX-1480742224
3	MARIA ANTONIA FLORA DE LOS SANTOS	LA CUESTA	LA CUESTA, MPIO. CAMERINO Z MENDOZA, VER	IDMEX-1883543531
4	CRISTINA MOLOHUA TLAXCALA	ZIHUATEO	ZIHUATEO, MPIO. ATLAHUILCO, VER	IDMEX-1704647155
5	ESPERANZA CALIHUA CALIHUA	XOPILAPA	LOMA DE LOS PINOS, MPIO. TEHUIPANGO, VER	IDMEX-2002639976
6	GRACIELA OLIVARES VAZQUEZ	TEXMOLA	TEXMOLA, MPIO. MARIANO ESCOBEDO, VER	IDMEX-1766494980
7	MIGUELINA MENDEZ ALVAREZ	OCOXOTLA	TEMAXCALITILLA, MPIO. MARIANO ESCOBEDO, VER	IDMEX-2044901756
8	MARIA EVA EUGENIA NIETO GALLARDO	MARIANO ESCOBEDO	MARIANO ESCOBEDO, VER	IDMEX-1803490586
9	ANGELES OLTEHUA BERUDES	TUXPANGUILL O	CUESTA DEL MEXICANO, MPIO. IXTACZOQUITLAN	IDMEX-2432038297
10	MAGDALENA SANTOS BERISTAIN	CUAUTLAPAN	BARRANCA DE SAN MIGUEL, MPIO. IXTACZOQUITLAN	IDMEX-1193480790
11	MARIA AUSENCIA JOSEFINA GARCIA BASILIO	UNION Y PROGRESO	JOSE MARIA MORELOS, MPIO. IXHUALTANCILLO, VER	IDMEX-2442171746
12	ROLANDA RAFAEL FRANCISCO	ATZOMPA	ATZOMPA, MPIO. SOLEDAD ATZOMPA, VER	IDMEX-1695744770

2024: 200 AÑOS DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE COMO PARTE DE LA FEDERACION  
JURISDICCION SANITARIA NO. V  
ORIZABA, VER.

Av. Enriquez s/n Zona Centro  
CP 91000, Xalapa, Veracruz  
Tel. 01 235 101 4181  
[www.veracruz.gob.mx](http://www.veracruz.gob.mx)



**200 AÑOS  
VERACRUZ**  
DE IGNACIO DE LA LLAVE  
COMO PARTE DE LA FEDERACION

000050

# Solicitud de alta



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

**SESVR**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

**SESVR**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Oficio No. /2025

Asunto: Alta de Aval Ciudadano

Clasificación: 2S.1 Calidad en Salud.

Xalapa, Veracruz, a 20 de Enero de 2025

## COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Oficio No. /2025

Asunto: Alta de Aval Ciudadano

Clasificación: 2S.1 Calidad en Salud.

Xalapa, Veracruz, a 20 de Enero de 2025

## FORMATO DE SOLICITUD DE ALTA DE AVAL CIUDADANO A TÍTULO INDIVIDUAL

Tipo de Aval:	A Título Individual.
Nombre del Aval Ciudadano:	
Domicilio del Aval Ciudadano:	
Código Postal:	
Correo Electrónico:	
Sexo: (M/F)	
Teléfono:	
Edad:	
Ocupación:	
Nivel de Estudios: (Sin estudios formales/Sin información/ Primaria/Secundaria/Preparatoria/ Licenciatura/Maestría/ Doctorado.)	
Nivel: (Municipal/Local/Jurisdiccional/ Estatual)	
Establecimiento de Salud (De acuerdo a DGIS):	
Jurisdicción Sanitaria:	
CLUES:	
Nivel de Atención:	
Estrato:	
Director de la Unidad Médica:	

Es responsabilidad de los Directivos (as) y del Gestor (a) de Calidad, la veracidad y correcta redacción de la información contenida en este formato para su registro en el SIRAVAL.



Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y por los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2018.

Xalapefios Ilustres No. 3, Col. Centro, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, Tel (228) 819 9622

correo: [Ccalidadveracruz2020@gmail.com](mailto:Ccalidadveracruz2020@gmail.com)



## FORMATO DE SOLICITUD DE ALTA DE AVAL CIUDADANO ORGANIZACIÓN

Establecimiento de Salud (De Acuerdo a DGIS):	
Jurisdicción Sanitaria:	
CLUES:	
Nivel de Atención:	
Estrato:	
Director de la Unidad Médica:	

Tipo de Aval:	Organización
Nombre de la Organización:	
Domicilio de la Organización:	
Correo de la Organización:	
Tipo de Organización: (Agrupaciones Diversas/ Asociaciones Diversas/ Asociaciones Civiles/Cámaras, Confederaciones y Federaciones/ Empresas Privadas/ Instituciones de Asistencia Privada/ Organizaciones de la Sociedad Civil/ Organizaciones No Gubernamentales (ONG)/ Otras Instituciones Educativas/ Universidades)	
Nivel: (Municipal/Local/Jurisdiccional/Estatual)	
Código Postal de la Organización	
Nombre del <u>Responsable</u> :	
Teléfono de la Organización:	
Integrantes a registrar: (Número de personas)	

Es responsabilidad de los Directivos (as) y del Gestor (a) de Calidad, la veracidad y correcta redacción de la información contenida en este formato para su registro en el SIRAVAL.

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y por los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2018.



Xalapefios Ilustres No. 3, Col. Centro, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, Tel (228) 819 9622,  
[Ccalidadveracruz2020@gmail.com](mailto:Ccalidadveracruz2020@gmail.com), Web: <https://ssaver.gob.mx/ccs/>





GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD).



POR AMOR A  
**VERACRUZ**

# Monitor Institucional (MI).

## **Normatividad.**

- Lineamiento para el Monitoreo Institucional de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. México 2023.
- Instructivo de Llenado del **Concentrado** Manual de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.
- Instructivo de llenado de la **Encuesta** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en **Consulta Externa**.
- Instructivo de llenado de la **Encuesta** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en **Urgencias**.
- Instructivo de llenado de la **Encuesta** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en **Hospitalización**.
- Encuestas** de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (ESTAD). (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).
- Concentrado** de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias).



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

- Fuente: Correo electrónico con asunto: “Encuestas SESTAD actualizadas 2025”, de fecha 09 de enero de 2025, emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

## Objetivo.

- Medir la satisfacción de los Usuarios y la Calidad percibida del trato adecuado y digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica.
- Dar una mayor transparencia y difusión de los resultados del indicador del Trato Adecuado y Digno y tener una visión comparativa de los dos Monitoreos: **Institucional** y **Ciudadano**, así como evaluar los servicios de salud al contrastar los resultados y las acciones que realizan las instituciones del Sector Salud de forma independiente y responsable.

## Alcance.

- Es de aplicación en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel.

Excluidos Establecimientos de tipo: Almacen, antirrábicos (Control Canino) y oficinas administrativas.



# Componentes del ESTAD

Las preguntas de la ESTAD, estan orientadas en dos dimensiones.

- **Calidad Interpersonal (Calidad Percibida).**
- **Calidad de las Organizaciones (Organización de los Servicios).**

No.	Dominio/ Componente de la Encuesta.	Concepto.
1	Autonomía	Es la capacidad del Usuario para intervenir en la toma de desisiones relacionadas con su salud.
2	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.
3	Trato Digno	Implica que el Usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.
4	Atención Oportuna	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta
5	Financiamiento	Se incluye el gasto de bolsillo.
6	Calidad percibida	Pregunta específica para conocer la satisfacción del usuario con los servicios brindados.



# Requerimientos.

- 1.- Ser un Establecimiento de Atención Médica de Primer, Segundo y Tercer nivel, que proporcione Atención Médica.
- 2.- Contar con la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), actualizada ante la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y Clave de Acceso al SESTAD.
3. - Asegurar los materiales, medios necesarios y personal de la institución disponible para realizar las actividades establecidas en el lineamiento.
- 4.- La encuesta debe ser aplicada por personal previamente capacitado para la aplicación de criterios uniformes que garanticen la confiabilidad y la utilización que se recabe y ademas el personal debe contar con empatía, facilidad de palabra y en caso necesario, conocimiento de la lengua de la comunidad o bien contar con un traductor o interprete de esta lengua.

## Actividades.

- Acudir a los Servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización según aplique de acuerdo a su Establecimiento de Salud.
- El personal debe acudir debidamente identificado (portando en lugar visible la credencial o gaffete que lo acredite como persona de la Unidad Médica).
- Para evitar el uso inadecuado de la información obtenida el Monitor deberá garantizar su confidencialidad y profesionalismo, por lo que **M.** no podrá solicitar datos diferentes al encuestado de que se incluyen en el formato de la ESTAD.
- Recabar y concentrar la información en tiempo y forma, conforme al calendario establecido por la DGCES.

## Actividades.

- La captura y procesamiento de la información en el Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno ( SESTAD).
- Informar a los responsables del Establecimiento de Salud, lo relacionado con aspectos relevantes de la realización de las encuestas para su consideración en la estrategia de implementación.
- Difundir los resultados obtenidos de la ESTAD, en el pizarrón de resultados del Establecimiento.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

SECRETARIA DE SALUD		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO		CONSULTA EXTERNA	
Formato FI/II CE-E		CLUES del Establecimiento		Institución			
Sección I: Datos del establecimiento.		Nombre del Establecimiento:		Localidad:			
Estado: _____ Municipio: _____		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			
Fecha: _____							
Instrucciones: _____		Cada columna representa a una persona entrevistada. Marque con una "X" la opción que corresponde a la respuesta.					
Sección II: Datos de la persona entrevistada		Personas entrevistadas		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 Total			
Turno de atención		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Jornada Especial					
Sexo de la persona entrevistada:		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre					
Institución que proporciona la atención médica:		<input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> P-MASS-B (Programa Médico para la Salud)					
La persona entrevistada es:		<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompañante					
Edad de la persona entrevistada:		<input type="checkbox"/> Menor a 14 años. <input type="checkbox"/> Entre 14 y 24 años. <input type="checkbox"/> Entre 25 y 44 años. <input type="checkbox"/> Entre 45 y 65 años.					
Sección III: Preguntas		Respuestas de la persona entrevistada		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 Total			
1. ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé (aprox. 1.1)					
1.1 Seleccione el personal que no le atendió con respeto:		<input type="checkbox"/> Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Diagnóstico <input type="checkbox"/> Personal de Enfermería <input type="checkbox"/> Personal de Recepción <input type="checkbox"/> Personal de Archivo Clínico <input type="checkbox"/> Personal de Trabajo Social <input type="checkbox"/> Personal de Laboratorio <input type="checkbox"/> Personal de Rayos X <input type="checkbox"/> Personal de Farmacia <input type="checkbox"/> Personal de Caja <input type="checkbox"/> Personal de Vigilancia <input type="checkbox"/> Personal del Módulo de Atención y Orientación <input type="checkbox"/> Personal de Vigilancia de Derechos <input type="checkbox"/> Personal del Módulo de Discapacidades <input type="checkbox"/> Personal de Impresión					
2. El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé					

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

## Sección II: Datos de la persona entrevistada

## Sección III: Preguntas (primera parte)

Preguntas	entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Total	
1. ¿El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La atención no correspondió a consulta médica																											
2. ¿El(a) médico(a) le dio explicaciones fáciles de entender?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
3. ¿Entiendo usted como deberá tomar los medicamentos?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No me mandaron instrucciones																											
4. ¿Entiendo usted las cuidados que deberá seguir en su casa?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No le mandaron cuidados																											
5. ¿El(a) médico(a) le da el alta al tratamiento, tomando en cuenta sus necesidades y preocupaciones?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
6. ¿Dejó de existir a alguna consulta por no poder pagar?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No saben																											
7. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagar?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
8. ¿Dijo de tomar algún medicamento por no poder pagar?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
9. ¿Considera que el(a) médico(a) presta suficiente tiempo con usted durante la consulta?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
10. Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero lo soportó bien																											
11. ¿Su dolor fue atendido?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
12. En rotación a los medicamentos que recetaron:		<input type="checkbox"/> Le dieron todos los que le recetaron <input type="checkbox"/> Le dieron algunos de los que le recetaron <input type="checkbox"/> No se los dieron <input type="checkbox"/> No se los recomendaron <input type="checkbox"/> Tendré que comprar algunos <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Mucho (Sírvose)																											
13. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?		<input type="checkbox"/> Regular (malo a malo contento)																											
14. Firma																													
Nombre y firma del Avil Ciudadano o Monitor Institucional												Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento																	
Total de agresos hospitalarios (variable Ramada + 14)												140 encuestas para M en Unidad Urbana 98 encuestas para M en Unidad Rural																	
Total de consultas externas integradas (variable Ramada + 15)												180 encuestas para AC en Unidad Urbana 100 encuestas para AC en Unidad Rural																	
Total de citas de urgencias (variable Ramada + 16)												180 encuestas para AC en Unidad Rural (M + CS + AC)																	
Médico Institucional																													

## Sección III: Preguntas (segunda parte)

## Sección IV: Firmas

# Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

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

**CONSULTA EXTERNA**

Formato FI/II CE-E

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

INSTRUCCIONES: 2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

**Sección II Datos de la persona entrevistada**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
Turno de atención:	a) Matutino	b) Vespertino	c) Nocturno	d) Jornada Especial																							
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer	b) Hombre																									
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA	b) IMSS	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))	d) ISSSTE	e) SEDENA	f) SEMAR	g) PEMEX	h) DIF	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)	j) Otro																	
La persona entrevistada es:	a) Paciente	b) Acompañante																									
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años	b) Entre 16 y 24 años	c) Entre 25 y 44 años	d) Entre 45 y 65 años	e) Mayor a 65 años																						

**Sección III Preguntas**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pesar a la pregunta 2)	b) No (pesar a la pregunta 13)																								
11 Seleccion el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra	b) Personal de Enfermería	c) Personal de Recepción	d) Personal de Archivo Clínico	e) Personal de Trabajo Social	f) Personal de Laboratorio	g) Personal de Rayos X	h) Personal de Farmacia	i) Personal de Caja	j) Personal de Vigilancia	k) Personal del Módulo de Atención y Orientación	l) Personal de Vigencia de Derechos	m) Personal del Módulo de Incapacidades	n) Personal de Limpieza												
2 ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con el especialista fue de cuatro semanas o más?	a) Sí	b) No	c) No aplica																							

**(Solo aplica para hospitales)**

a) Sí																									
b) No																									
c) No aplica																									

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

**HOSPITALIZACIÓN**

Formato FI/II HOSP-E

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

INSTRUCCIONES: 2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

**Sección II Datos de la persona entrevistada**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
Turno de atención:	a) Matutino	b) Vespertino	c) Nocturno	d) Jornada Especial																						
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer	b) Hombre																								
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA	b) IMSS	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))	d) ISSSTE	e) SEDENA	f) SEMAR	g) PEMEX	h) DIF	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)	j) Otro																
La persona entrevistada es:	a) Paciente	b) Acompañante																								
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años	b) Entre 16 y 24 años	c) Entre 25 y 44 años	d) Entre 45 y 65 años	e) Mayor a 65 años																					

**Sección III Preguntas**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pesar a la pregunta 2)	b) No (pesar a la pregunta 13)																								
11 Seleccion el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutrólogo/ Dentista/ Psiquiatra	b) Personal de Enfermería	c) Personal de Recepción	d) Personal de Archivo Clínico	e) Personal de Trabajo Social	f) Personal de Laboratorio	g) Personal de Rayos X	h) Personal de Farmacia	i) Personal de Caja	j) Personal de Vigilancia	k) Personal del Módulo de Atención y Orientación	l) Personal de Vigencia de Derechos	m) Personal del Módulo de Incapacidades	n) Personal de Limpieza												
2 Mientras estuve hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí	b) No																								

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

**URGENCIAS**

Formato FI/II URG-E

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

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

INSTRUCCIONES: 2. En la última columna , poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.

**Sección II Datos de la persona entrevistada**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
Turno de atención:	a) Matutino	b) Vespertino	c) Nocturno	d) Jornada Especial																						
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer	b) Hombre																								
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA	b) IMSS	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))	d) ISSSTE	e) SEDENA	f) SEMAR	g) PEMEX	h) DIF	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)	j) Otro																
La persona entrevistada es:	a) Paciente	b) Acompañante																								
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años	b) Entre 16 y 24 años	c) Entre 25 y 44 años	d) Entre 45 y 65 años	e) Mayor a 65 años																					

**Sección III Preguntas**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1 ¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pesar a la pregunta 2)	b) No (pesar a la pregunta 13)																								
11 Seleccion el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutrólogo/ Dentista/ Psiquiatra	b) Personal de Enfermería	c) Personal de Recepción	d) Personal de Archivo Clínico	e) Personal de Trabajo Social	f) Personal de Laboratorio	g) Personal de Rayos X	h) Personal de Farmacia	i) Personal de Caja	j) Personal de Vigilancia	k) Personal del Módulo de Atención y Orientación	l) Personal de Vigencia de Derechos	m) Personal del Módulo de Incapacidades	n) Personal de Limpieza												
2 ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí	b) No																								



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

**CONSULTA EXTERNA**

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

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

Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre

Área:  Rural  Urbano

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

El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**Sección II: Datos de la persona entrevistada**

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

Sección II	Datos de la persona entrevistada	Persona entrevistada																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
Turno de atención:	a) Matutino																											
	b) Vespertino																											
	c) Nocturno																											
	d) Jornada Especial																											
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer																											
	b) Hombre																											
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA																											
	b) IMSS																											
	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))																											
	d) ISSSTE																											
	e) SEDENA																											
	f) SEMAR																											
	g) PEMEX																											
	h) DIF																											
	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)																											
	j) Otro																											
	La persona entrevistada es:	a) Paciente																										
		b) Acompañante																										
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años																											
	b) Entre 16 y 24 años																											
	c) Entre 25 y 44 años																											
	d) Entre 45 y 65 años																											
	e) Mayor a 65 años																											

Sección III	Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
			1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)																							
b) No (pasar a la pregunta 11)																												
1.1	Seleccione el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra																										
		b) Personal de Enfermería																										
		c) Personal de Recepción																										
		d) Personal de Archivo Clínico																										
		e) Personal de Trabajo Social																										
		f) Personal de Laboratorio																										
		g) Personal de Rayos X																										
		h) Personal de Farmacia																										
		i) Personal de Caja																										
		j) Personal de Vigilancia																										
		k) Personal del Módulo de Atención y Orientación																										
		l) Personal de Vigencia de Derechos																										
		m) Personal del Módulo de Incapacidades																										
		n) Personal de limpieza																										
2	(Solo aplica para hospitales)	a) Sí																										
		b) No																										
		c) No aplica																										

# Consulta Externa 2025

## Sección III: Preguntas (segunda parte)

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

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

**HOSPITALIZACIÓN**

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

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

Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre

Área:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**

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

2. En la última columna, poner el total de las "P" que haya sumado en cada renglón.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Hospitalización 2025

## Sección II: Datos de la persona entrevistada

Sección II	Datos de la persona entrevistada	Persona entrevistada																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
Turno de atención:	a) Matutino																										
	b) Vespertino																										
	c) Nocturno																										
	d) Jornada Especial																										
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer																										
	b) Hombre																										
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA																										
	b) IMSS																										
	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD)																										
	d) ISSSTE																										
	e) SEDENA																										
	f) SEMAR																										
	g) PEMEX																										
	h) DIF																										
	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)																										
	j) Otro																										
La persona entrevistada es:	a) Paciente																										
	b) Acompañante																										
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años																										
	b) Entre 16 y 24 años																										
	c) Entre 25 y 44 años																										
	d) Entre 45 y 65 años																										
	e) Mayor a 65 años																										

## Sección III: Preguntas (primera parte)

Sección III	Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)  b) No (pasar a la pregunta 1.)																										
1.1	Seleccione el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra  b) Personal de Enfermería  c) Personal de Recepción  d) Personal de Archivo Clínico  e) Personal de Trabajo Social  f) Personal de Laboratorio  g) Personal de Rayos X  h) Personal de Farmacia  i) Personal de Caja  j) Personal de Vigilancia  k) Personal del Módulo de Atención y Orientación  l) Personal de Vigencia de Derechos  m) Personal del Módulo de Incapacidades  n) Personal de limpieza																										
2	Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud le atendió en el momento de solicitarlo?	a) Sí  b) No																										

# Hospitalización 2025

## Sección III: Preguntas (segunda parte)

Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
3	¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí																									
		b) No																									
		c) No aplica																									
4	¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Sí																									
		b) No																									
5	¿El(la) médico(a) 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(la) médico(a) 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																									
		c) No le recetaron medicamentos																									
11	¿Considera que el(la) médico(a) 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 necesitó																									
		b) Le pidieron comprar alguno y lo compró																									
		c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar																									
		d) No aplica																									
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?	a) Mucho (Satisfecho)																									
		b) Regular (más o menos satisfecho)																									
		c) Nada (Insatisfecho)																									

## Sección IV: Firmas

### Sección IV Firmas

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento

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) \_\_\_\_\_

140 encuestas para AC en Unidad Urbana

ó

Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) \_\_\_\_\_

36 encuestas para AC en Unidad Rural

Proporción de sujetos a encuestar del área de hospitalización =  $\frac{EH}{(EH + CE + AU)}$

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Hosp. Actualización 2024

\* MI: Monitor Institucional

\*AC: Aval Ciudadano

# **Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en Urgencias.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



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

**URGENCIAS**

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

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

Periodo a reportar:

Enero - Abril

Mayo - Agosto

Septiembre - Diciembre

Area:  Rural

Urbano

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

El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA  
DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Sección II: Datos de la persona entrevistada

Sección II	Datos de la persona entrevistada	Persona entrevistada																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	
Turno de atención:	a) Matutino																											
	b) Vespertino																											
	c) Nocturno																											
	d) Jornada Especial																											
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer																											
	b) Hombre																											
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA																											
	b) IMSS																											
	c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD)																											
	d) ISSSTE																											
	e) SEDENA																											
	f) SEMAR																											
	g) PEMEX																											
	h) DIF																											
	i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)																											
	j) Otro																											
	La persona entrevistada es:	a) Paciente																										
		b) Acompañante																										
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años																											
	b) Entre 16 y 24 años																											
	c) Entre 25 y 44 años																											
	d) Entre 45 y 65 años																											
	e) Mayor a 65 años																											

## Sección III: Preguntas (primera parte)

Sección III	Preguntas	Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2)  b) No (pasar a la pregunta 1.1)																										
1.1	Seleccione el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra  b) Personal de Enfermería  c) Personal de Recepción  d) Personal de Archivo Clínico  e) Personal de Trabajo Social  f) Personal de Laboratorio  g) Personal de Rayos X  h) Personal de Farmacia  i) Personal de Caja  j) Personal de Vigilancia  k) Personal del Módulo de Atención y Orientación  l) Personal de Vigencia de Derechos  m) Personal del Módulo de Incapacidades  n) Personal de limpieza																										
2	¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo a la gravedad de su padecimiento?	a) Sí  b) No																										

## Sección III: Preguntas (segunda parte)

Preguntas		Respuestas de la persona entrevistada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
3	¿Cuánto tiempo esperó antes de ser atendido?	a) 0 - 15 min b) 16 - 30 min c) 31 - 60 min d) Más de 60 min e) No contestó																										
4	¿El(a) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias?	a) Sí b) No																										
5	¿El(a) médico(a) 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 mandaron medicamentos																										
7	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No																										
8	El(a) médico(a) 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 pagararlo?	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.) 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)																										

## Sección IV: Firmas

### Sección IV Firmas

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

- Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) \_\_\_\_\_
- Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = CE) \_\_\_\_\_
- Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) \_\_\_\_\_

$$\text{Proporción de sujetos a encuestar del área de urgencias} = \frac{\text{AU}}{(\text{EH} + \text{CE} + \text{AU})} \times 140 \text{ encuestas para MI en Unidad Urbana ó } 96 \text{ encuestas para MI en Unidad Rural ó } 140 \text{ encuestas para AC en Unidad Urbana ó } 36 \text{ encuestas para AC en Unidad Rural} = \underline{\hspace{2cm}}$$

\* MI: Monitor Institucional

\*AC: Aval Ciudadano

Urg Actualización 2024

Hoja    de

# **Concentrados de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.)**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Periodo a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Area:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**

1. 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 Persona entrevistada		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 de la persona entrevistada:	a) Mujer										
	b) Hombre										
	Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA									
		b) IMSS									
c) SS-IMSS-B (IMSS-Bienestar (OPD))											
d) ISSSTE											
e) SEDENA											
f) SEMAR											
g) PEMEX											
h) DIF											
i) P-IMSS-B (Programa IMSS Bienestar)											
j) Otro											
La persona entrevistada es:	a) Paciente										
	b) Acompañante										
Edad de la persona entrevistada:	a) Menor a 16 años										
	b) Entre 16 y 24 años										
	c) Entre 25 y 44 años										
	d) Entre 45 y 65 años										
	e) Mayor a 65 años										
Sección III Preguntas		Respuestas de las personas entrevistadas	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
1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí									
		b) No									
11	Selección el personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra									
		b) Personal de Enfermería									
		c) Personal de Recepción									
		d) Personal de Archivo Clínico									
		e) Personal de Trabajo Social									
		f) Personal de Laboratorio									
		g) Personal de Rayos X									
		h) Personal de Farmacia									
		i) Personal de Caja									
		j) Personal de Vigilancia									
		k) Personal del Módulo de Atención y Orientación									
		l) Personal de Vigilancia de Derechos									
		m) Personal del Módulo de Incapacidades									
	n) Personal de Limpieza										
2	(Solo aplica para hospitales)	a) Sí									
		b) No									
		c) No aplica									

CE - C Actualización 2024


 GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
 2024 - 2030

**SS**

SECRETARÍA DE SALUD

**SESVER**

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

CE - C Actualización 2024

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(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a la consulta?	a) Sí									
		b) No									
		c) La atención no correspondió a consulta (pase a la pregunta 13)									
4	¿El(la) médico(a) 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 mandaron medicamentos									
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí									
		b) No									
		c) No le mandaron cuidados									
7	El(la) médico(a) 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(la) médico(a) 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)									
		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 algunos(s)									
		f) No aplica									
14	¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la Atención recibida?	a) Mucho (satisfecho)									
		b) Regular (más o menos satisfecho)									
		c) Nada (insatisfecho)									

**Sección IV Firmas**

Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional

Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento

**Concentrado  
Consulta  
Externa.**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

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

**HOSPITALIZACIÓN  
CONCENTRADO**

**Sección I Datos del Establecimiento**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Período a reportar:  Enero - Abril  Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Area:  Rural  Urbano

En este formato se va a completar la información de las personas usuarias encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**  
1. Ingrese el total de cada hoja que haya utilizado para el levantamiento de las encuestas en la columna correspondiente.  
2. En la columna "Gran Total" realice la sumatoria de los totales de cada fila.

**CONCENTRADO DE INFORMACIÓN**

Sección II	Persona entrevistada	Respuestas	CONCENTRADO DE INFORMACIÓN							
			Total Hoja 1	Total Hoja 2	Total Hoja 3	Total Hoja 4	Total Hoja 5	Total Hoja 6	Total Hoja 7	Total Hoja 8
Turno de atención:	a) Matutino									
	b) Vespertino									
	c) Nocturno									
	d) Jornada Especial									
Sexo de la persona entrevistada:	a) Mujer									
	b) Hombre									
Institución que proporciona la atención médica:	a) SSA									
	b) IMSS									
	c) SS-IMSS-B (IMSS Bienestar (OPD))									
	d) ISSSTE									
	e) SEDENA									
	f) SEMAR									
	g) PEMEX									
	h) DIF									
	i) P-iMSS-B (Programa IMSS Bienestar)									
	j) Otro									
La persona entrevistada es:	k) Ninguno									
	a) Paciente									
Edad de la persona entrevistada:	b) Acompañante									
	a) Menor a 16 años									
	b) Entre 16 y 24 años									
	c) Entre 25 y 44 años									
	d) Entre 45 y 65 años									
Sección III Preguntas	e) Mayor a 65 años									
	Respuestas de la persona entrevistada									
1	¿Durante su visita a la unidad le atendieron con respeto?	a) Sí (pasar a la pregunta 2) b) No (pasar a la pregunta 11)								
1.1	Selección del personal que no le atendió con respeto:	a) Personal Médico/ Psicólogo/ Nutriólogo/ Dentista/ Psiquiatra b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de Caja j) Personal de Vigilancia k) Personal del Módulo de Atención y Orientación l) Personal de Vigilancia de Derechos m) Personal del Módulo de Incapacidades n) Personal de Limpieza								
	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 interconsulta con otra especialidad es de cuatro semanas o más?	a) Sí b) No c) No aplica											
4	¿El(la) médico(a) le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su salud?	a) Sí b) No											
5	¿El(la) médico(a) 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(la) médico(a) 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 c) No le recetaron medicamentos											
11	¿Considera que el(la) médico(a) 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.) 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 necesitó b) Le pidieron comprar alguno y lo compró c) Le pidieron comprar alguno y no lo pudo comprar d) No aplica											
	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)										
Sección IV Firmas													
Nombre y firma del Aval Ciudadano o Monitor Institucional							Nombre y firma de la Persona Responsable del Establecimiento						

**Concentrado  
Hospitalización.**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE  
VERACRUZ  
2024 - 2030**

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

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

**URGENCIAS  
CONCENTRADO**

**Sección I Datos del Establecimiento.**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_ CLUES del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Periodo a reportar:  Enero - Abril  15 Mayo - Agosto  Septiembre - Diciembre Área:  Rural  Urbano  
En este formato se va a completar la información de las personas encuestadas por:  El Aval Ciudadano (AC)  El Monitor Institucional (MI)

**INSTRUCCIONES:**  
1. 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 Persona entrevistada**

	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
a) Matutino										
b) Vespertino										
c) Nocturno										
d) Jornada Especial										
a) Mujer										
b) Hombre										

# Monitoreo:



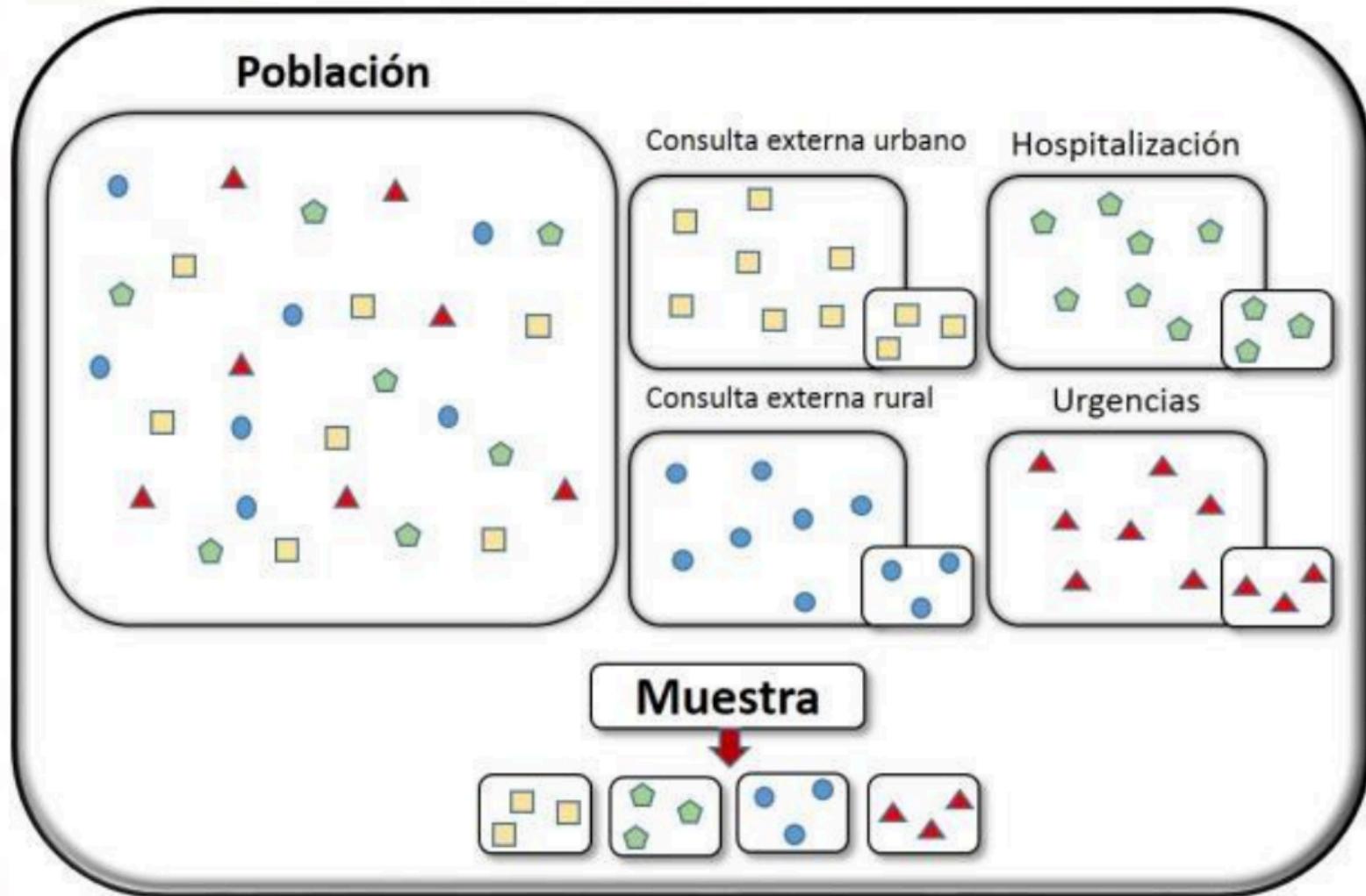
GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



# Tamaño Muestral



Cálculo de las proporciones por servicio



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Primer Nivel de Atención

Monitoreo Institucional		Monitoreo Ciudadano	
Urbano	Rural	Urbano	Rural
140	96	140	36

**Checar en DGIS si es estrato Rural o Urbano.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Segundo y Tercer Nivel de Atención

Conocer el número total de los datos, por área de servicio, en la Unidad Médica que se proporcionaron en el cuatrimestre anterior.

Total de egresos hospitalarios (Variable llamada = EH) \_\_\_\_\_

Total de consultas externas otorgadas (Variable llamada = (CE)) \_\_\_\_\_

Total de altas de urgencias (Variable llamada = AU) \_\_\_\_\_

$$\text{Proporción de sujetos a encuestar del área de hospitalización} = \frac{\text{EH}}{(\text{EH} + \text{CE} + \text{AU})}$$

$$\text{Proporción de sujetos a encuestar del área de urgencias} = \frac{\text{AU}}{(\text{EH} + \text{CE} + \text{AU})}$$

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

Calcular las proporciones para cada área de servicio



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Segundo y Tercer Nivel

**Ejemplo:** En Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, en área Urbana, muestras totales a realizar:

**Egresos Hospitalarios(EH):998 /Consulta Externa (CE):5144 / Altas Urgencias (AU): 3416**

**Consulta Externa.**

$$\frac{5144}{998 + 5144 + 3416} = \frac{5144}{9558} = 0.533818$$

$$0.533818 \times 140 = 75.346306$$

**Número de Encuestas aplicar despues del redondeo:  
75**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Segundo y Tercer Nivel

**Ejemplo:** En Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, en área Urbana, muestras totales a realizar:

**Egresos Hospitalarios(EH):998 /Consulta Externa (CE):5144 / Altas Urgencias (AU): 3416**

**Hospitalización.**

$$\frac{998}{998 + 5144 + 3416} = \frac{998}{9558} = 0.104415$$

$$0.104415 \times 140 = 14.61812$$

**Número de Encuestas aplicar despues del redondeo:  
15**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**

SECRETARÍA  
DE SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Segundo y Tercer Nivel

**Ejemplo:** En Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, en área Urbana, muestras totales a realizar:

**Egresos Hospitalarios(EH):998 /Consulta Externa (CE):5144 / Altas Urgencias (AU): 3416**

## Altas Urgencias.

$$\frac{3416}{998 + 5144 + 3416} = \frac{3416}{9558} = 0.35739$$

=

$$0.35739 \times 140 = 50.03557$$

**Número de Encuestas aplicar despues del redondeo:  
50**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Muestras en Segundo y Tercer Nivel

**Ejemplo:** En Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, en área Urbana, muestras totales a realizar:

**Egresos Hospitalarios(EH):998 /Consulta Externa (CE):5144 / Altas Urgencias (AU): 3416**

15

+

75

+

50

140

**Muestra: 140 MI.  
140 MC.**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



# **SISTEMA DE LA ENCUESTA DE LA SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD).**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# SESTAD

- ❑ Es un sistema en el que de forma conjunta se captura la información de los “usuarios o sus acompañantes” que asisten a consulta/servicio a los Establecimientos de Salud.
- ❑ Percepción en diversos aspectos relacionados con la Satisfacción, el Trato Adecuado y Digno recopilados por los Avales Ciudadanos (Monitoreo Ciudadano) y el Personal de Salud de las Instituciones (Monitoreo Institucional) a través de la “Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno”.



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

## Características:

- Permite una mayor transparencia en la información proporcionada por los Usuarios.
- Mostrar la percepción de la Ciudadanía en relación a la Satisfacción, Trato Adecuado y Digno recibidos.
- Los resultados de la información procesada y publicada en el SESTAD son de acceso público.
- Seguimiento a los compromisos establecidos con el Aval Ciudadano.

# Ingreso al SESTAD

<https://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php>

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO > ACCESO AL SISTEMA

AUTENTICACIÓN

Nombre de Usuario

Clave de Acceso

Ingresar



SS  
SECRETARÍA DE SALUD

SESVER  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Ingreso de Información al SESTAD

3/9/24, 8:02

## SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) 1.0

INICIO > PERÍODOS > CAPTURA > SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA

PERIODO [ SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024 ] 02/09/2024 AL 20/09/2024

PROGRAMA INSTITUCIONAL

CLUES VZSSA002965 ESTABLECIMIENTO CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO

NIVEL DE ATENCIÓN TERCER NIVEL ÁREA URBANO

FORMATO: SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA MUESTRA: 140

### TOTAL DE SERVICIOS OTORGADOS DURANTE EL CUATRIMESTRE INMEDIATO ANTERIOR

[ EH ] Total de egresos hospitalarios	998
[ CE ] Total de consultas externas	5144
[ AU ] Total de altas de urgencias	3416

TAMAÑO DE MUESTRA MÍNIMA A REALIZAR 75

### TOTAL DE MUESTRA EN EL PERÍODO

MUESTRA REAL 75

### Turno de atención

a) Matutino	39
b) Vespertino	36
c) Nocturno	0
d) Jornada Especial	0

Muestra 75

### Sexo

a) Mujer	63
b) Hombre	12

Muestra 75

3/9/24, 8:02

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) 1.0

Muestra 75

### El entrevistado es

a) Paciente	31
b) Acompañante	44

Muestra 75

### Edad del entrevistado

a) Menor a 16 años	3
b) Entre 16 y 24 años	13
c) Entre 25 y 44 años	39
d) Entre 45 y 65 años	18
e) Mayor a 65 años	2

Muestra 75

### 1 ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?

a) Sí	68
b) No	7

Muestra 75

Porcentaje 90.67 %

### 1.1 Seleccione el personal que no lo atendió con respeto

a) Personal Médico / Psicólogo / Nutriólogo / Dentista / Psiquiatra	1
b) Personal de Enfermería	4
c) Personal de Recepción	3
d) Personal de Archivo Clínico	0
e) Personal de Trabajo Social	2
f) Personal de Laboratorio	0
g) Personal de Rayos X	0
h) Personal de Farmacia	1
i) Personal de la Caja	0
j) Personal de Vigilancia	1
k) Personal del módulo de atención y orientación	0
l) Personal de Vigencia de Derechos	0
m) Personal del Módulo de Incapacidades	0
n) Personal de limpieza	0

### 2 (Solo aplica para hospitales)

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

# Ingreso de Información al SESTAD

a) Sí	47
b) No	28
c) No aplica	0
Muestra	75
Porcentaje	37.33 %
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	71
b) No	4
c) No acudió a consulta	0
Muestra (a+b+c)	75
Muestra (a+b)	75
Porcentaje	94.67 %
4 ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	
a) Sí	71
b) No	4
Muestra	75
Porcentaje	94.67 %
5 ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	
a) Sí	51
b) No	0
c) No le recetaron medicamentos	24
Muestra	75
Porcentaje	100 %
6 ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	
a) Sí	59
b) No	0
c) No le mandaron cuidados	16
Muestra	75
Porcentaje	78.67 %
7 El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	
a) Sí	72
b) No	3
Muestra	75
Porcentaje	96 %

3/9/24, 8:02

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) 1.0

8 ¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarla?	
a) Sí	0
b) No	0
c) No cobran / No aplica	75
Muestra	75
Porcentaje	100 %
9 ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	
a) Sí	0
b) No	75
Muestra	75
Porcentaje	100 %
10 ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	
a) Sí	0
b) No	60
c) No le recetaron medicamentos	15
Muestra (a+b+c)	75
Muestra (a+b)	60
Porcentaje	100 %
11 ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	
a) Sí	63
b) No	12
Muestra	75
Porcentaje	84 %
12 Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	
a) Sí	21
b) No	54
Muestra	75
Porcentaje	28 %
12.1 ¿Su dolor fue atendido?	
a) Sí	21
b) No	0
Muestra	21
Porcentaje	100 %
13 En relación a los medicamentos que le recetaron:	

# Ingreso de Información al SESTAD

3/24, 8:02

## SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) 1.0

a) Le dieron todos los que le recetaron	24
b) Le faltó alguno(s) de los que le recetaron	1
c) No se los dieron	0
d) No le recetaron	22
e) Tendrá que comprar alguno(s)	28
f) No aplica	0
Muestra (a+b+c+d+e+f)	75
Muestra (a+b+c+e)	53
Porcentaje	45.28 %

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

a) Mucho (Satisfecho)	62
b) Regular (más o menos satisfecho)	13
c) Nada (Insatisfecho)	0
Muestra	75
Porcentaje	82.67 %

ENVIAR DOCUMENTO

DOCUMENTO SOPORTE 202402VZSSA0029650101.PDF

SELECCIONAR ARCHIVO

==== REGRESAR ===

==== ENVIAR ===

# Ingreso de Información al SESTAD

CONSULTA EXTERNA CONCENTRADO											
FORMATO FI/II CE-C											
SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO											
<b>Sección I Datos del Establecimiento.</b> Nombre del Establecimiento: <b>CAE DR. Rafael Lurio</b> CLUES del Establecimiento: <b>V25A00Z6S</b> Institución: <b>SES VER</b> Estado: <b>VERACRUZ</b> Municipio: <b>Xalapa</b> Localidad: <b>Xalapa</b> Fecha: <b>MAY-AGO</b> Periodo a reportar: <input type="checkbox"/> Enero - Abril <input checked="" type="checkbox"/> Mayo - Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - Diciembre Area: <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano En este formato se va a completar la información de los usuarios encuestados por: <input type="checkbox"/> El Aval Ciudadano (AC) <input checked="" type="checkbox"/> El Monitor Institucional (MI) Establecimiento Acreditado: <input checked="" 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	15 10	13 12	11 14						39 36
	Sexo	a) Mujer b) Hombre	19 6	21 4	23 2						63 12
	Institución que proporciona la atención médica:	a) SS/INSABI b) IMSS c) IMSS Bienestar d) ISSSTE e) SEDENA f) SEMAR g) PEMEX h) DIF i) Otro j) Ninguno									
	El entrevistado es:	a) Paciente b) Acompañante	14 11	7 18	10 15						31 44
	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	1 2 14 7	1 4 15 5	1 7 10 6						3 13 39 18 2
Sección III	Preguntas	Respuestas entrevistados									
1	¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?	a) Sí b) No	22 3	21 4	25 1						68 7
1.1	Seleccione el personal que no lo atendió con respeto	a) Personal Médico/Psicólogo/Nutriólogo/Dentista/Psiquiatra b) Personal de Enfermería c) Personal de Recepción d) Personal de Archivo Clínico e) Personal de Trabajo Social f) Personal de Laboratorio g) Personal de Rayos X h) Personal de Farmacia i) Personal de la Caja j) Personal de Vigilancia l) Personal del Módulo de Atención y Orientación m) Personal de Vigilancia de Derechos n) Personal del Módulo de Incapacidades o) Personal de limpieza									
2	(Solo aplica para hospitales)	a) Sí b) No	17 8	14 11	16 9						47 28

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 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 13)	24 1	24 1	23 2						71 4
4	¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	a) Sí b) No	24 1	22 3	25						71 4
5	¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos	18 7	17 8	16 9						51 24
6	¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	a) Sí b) No c) No le mandaron cuidados	22 3	18 7	19 6						59 16
7	El médico al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	a) Sí b) No	24 1	23 2	25						72 3
8	¿Dejó de asistir a alguna consulta por no poder pagarlo?	a) Sí b) No c) No cobran/No aplica									75
9	¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	a) Sí b) No									75
10	¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	a) Sí b) No c) No le recetaron medicamentos	20 5	19 6	21 4						60 15
11	¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante la consulta?	a) Sí b) No	22 3	20 5	21 4						63 12
12	Durante su visita a esta unidad médica, ¿tuvo dolor?	a) Sí b) No	5 20	5 20	11 14						21 54
12.1	¿Su dolor fue atendido?	a) Sí b) No	5 0	5 0	11 0						21
		a) Le dieron todos lo 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 algunos(s) f) No aplica	9 1	5 6	10 8						24 1
13	En relación a los medicamentos que le recetaron:		6 9	8 12	8 7						22 28
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)	21 4	23 2	18 7						62 13
Firma del Monitor Institucional o Aval Ciudadano.  Firma del Director (a) de la Unidad Médica.											

# Ingreso de Información al SESTAD

2/9/24, 10:48

## SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO (SESTAD) 1.0

INICIO > PERIODOS > CAPTURA > CONCENTRADO DE SUGERENCIAS Y SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO

PERIODO	[ SEGUNDO CUATRIMESTRE 2024 ] 02/09/2024 AL 20/09/2024		
PROGRAMA	AVAL CIUDADANO		
CLUES	VZSSA002965	ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO
NIVEL DE ATENCION	TERCER NIVEL	ÁREA	URBANO

### CONCENTRADO DE SUGERENCIAS Y SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO

#	DOMINIO	¿HUBO SUGERENCIAS?	NUMERO DE SUGERENCIAS	¿SE FIRMÓ CARTA COMPROMISO?	NUMERO DE CARTAS	CARTA COMPROMISO			Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año	¿Se cumplió la Carta?	Ev...
						FOLIO	FECHA EN QUE SE FIRMO	DESCRIPCION				
1	Comunicación	Si	1	Si	1	202401-3-1	08/05/2024	Se dará seguimiento a la petición de la ciudadanía para tomar acciones que favorezcan la comunicación respecto a la atención que se otorga, con capacitación y orientación continua al personal	SEGUNDO	2024	SI	LIST.
2	Condiciones básicas	Si	1	Si	1	202401-6-1	08/05/2024	Se realizarán supervisiones en instalaciones en general, limpieza en baños de Consulta Externa (contando con insumos necesarios: papel y jabón suficiente para la población en general).	SEGUNDO	2024	SI	FOTI

== REGRESAR ==

== ENVIAR ==

# Ingreso de Información al SESTAD

## SALUD

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

### Sección I Datos del establecimiento.

Nombre de la Unidad: Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Institución: Secretaría de Salud

CLUES: VZSSSA002965

Estado: Veracruz

Municipio: Xalapa

Localidad: Xalapa

Nombre del Responsable del Establecimiento: Dr. Rafael Norberto Hernández Gómez

Periodo a reportar: Enero - Abril       Mayo - Agosto      Septiembre - Diciembre

COMPROMISOS DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL AVAL CIUDADANO					
Área o aspecto de trato digno con oportunidad de mejora detectada por el Aval Ciudadano (ver sección JV del Formato de Monitoreo Ciudadano)	Compromisos de mejora que adopta el Establecimiento de Atención Médica ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"><li>Mejorar las habilidades de comunicación para dar información a pacientes y/o familiares.</li><li>Realizar el Curso relacionados al Trato Digno entre personal de salud y usuarios que asisten a este hospital.</li><li>Mejorar las estrategias de comunicación organizacional en Consulta Externa, Urgencias e Hospitalización.</li></ul>	<p>La Subdirección Médica y Subdirección de Enseñanza en conjunto con las jefaturas de Enfermería, Trabajo Social y responsables de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización realizarán estrategias de reforzamiento en capacitación de temas como: Trato Digno en los servicios de salud, Introducción a la Atención Primaria de Salud y Liderazgo a través del conocimiento; la finalidad es generar estrategias de comunicación que permitan una atención adecuada a pacientes y/o familiares que reciben atención en el CAE Dr. Rafael Lucio.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dr. José B. Ramírez Cabrera</li><li>Dr. Juan G. Neme Kuri</li><li>Dra. Sandra Kira Niño Oberto</li><li>L.E.E. Dula Contreras Hernández</li><li>T.S. Julieta Sánchez González</li><li>Dr. Enrique Arteaga Lendechy.</li><li>Dr. Jaime González Macías</li></ul>	Inmediato	Permanente	<p>Se realizaran supervisiones en los servicios involucrados para evaluar la calidad de la atención que se está otorgando.</p>

La Carta Compromiso se realiza por duplicado, un original es para el Aval Ciudadano y otro para resguardo de la Unidad Médica. En la ciudad de Xalapa, el día 06 de Septiembre de 2024. 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.

Firma del Director (a) de la Unidad Médica.

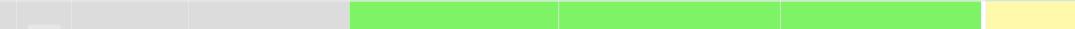
Firma del Aval Ciudadano.

Recibido Original  
06/Sept./2024



# Reportes en el SESTAD: Tipo Tabla.

**SESTAD**  
SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

		GENERALIDADES				
25		SINALOA	93.85 %	89.38 %	93.02 %	92.08 %
26		SONORA	91.60 %	90.03 %	85.00 %	88.88 %
27		TABASCO	93.00 %	91.02 %	87.85 %	90.62 %
28		TAMAULIPAS	93.69 %	87.27 %	87.17 %	89.38 %
29		TLAXCALA	91.50 %	82.63 %	85.19 %	86.44 %
30	 <b>VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE</b>		92.36 %	92.13 %	91.13 %	91.87 %
31		YUCATAN	93.12 %	93.90 %	92.55 %	93.19 %
32		ZACATECAS	92.19 %	92.73 %	89.51 %	91.48 %

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

**INICIO | REPORTES**

**SELECCIÓN DE REPORTE**

PERÍODO	202401	INSTITUCIÓN
PROGRAMA	MONITOREO INSTITUCIONAL	NIVEL DE ATENCIÓN

**NACIONAL**

	INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	92.36 %	92.13 %	91.13 %	91.87 %
1	 SECRETARÍA DE SALUD COATZACOALCOS	94.19 %	89.35 %	89.34 %	90.96 %	
2	 SECRETARÍA DE SALUD CÓRDOBA	90.87 %	93.53 %	89.18 %	91.19 %	
3	 SECRETARÍA DE SALUD COSAMALOAPAN	88.34 %	90.99 %	89.88 %	89.74 %	
4	 SECRETARÍA DE SALUD MARTÍNEZ DE LA TORRE	94.05 %	89.72 %	93.56 %	92.44 %	

**✓ TODAS LAS INSTITUCIONES**

**SECRETARÍA DE SALUD**

- INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
- SECRETARÍA DE MARINA
- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
- SERVICIOS MÉDICOS ESTATALES
- SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
- SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS
- CRUZ ROJA MEXICANA
- INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA
- SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR (OPD)
- COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICIONES

# Reportes en el SESTAD

NACIONAL		SERVICIO			GLOBAL	
		SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN HOSPITALIZACIÓN	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS		
	INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	92.13 %	91.83 %	90.62 %	91.53 %
1	SECRETARÍA DE SALUD	COATZACOALCOS	94.19 %	89.35 %	89.34 %	90.96 %
2	SECRETARÍA DE SALUD	CÓRDOBA	90.87 %	93.53 %	89.18 %	91.19 %
3	SECRETARÍA DE SALUD	COSAMALOAPAN	88.34 %	90.99 %	89.88 %	89.74 %
4	SECRETARÍA DE SALUD	MARTÍNEZ DE LA TORRE	94.05 %	89.72 %	93.56 %	92.44 %
5	SECRETARÍA DE SALUD	ORIZABA	94.16 %	90.31 %	86.65 %	90.37 %
6	SECRETARÍA DE SALUD	PÁNUCO	86.70 %	93.94 %	92.38 %	91.01 %
7	SECRETARÍA DE SALUD	POZA RICA	91.93 %	92.87 %	92.98 %	92.59 %
8	SECRETARÍA DE SALUD	SAN ANDRÉS TUXTLA	96.82 %	94.68 %	91.04 %	94.18 %
9	SECRETARÍA DE SALUD	TUXPAN	91.70 %	91.77 %	93.69 %	92.39 %
10	SECRETARÍA DE SALUD	VERACRUZ	93.01 %	97.08 %	94.65 %	94.92 %
11	SECRETARÍA DE SALUD	XALAPA	91.79 %	88.49 %	84.09 %	88.12 %



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD  
SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO | REPORTES

**SELECCIÓN DE REPORTE**

PERIODO	202401 <input type="button" value="▼"/>	INSTITUCIÓN	SECRETARÍA DE SALUD <input type="button" value="▼"/>
PROGRAMA	MONITOREO INSTITUCIONAL <input type="button" value="▼"/>	NIVEL DE ATENCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> TODAS <input checked="" type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 RGAR ===
ÁREA (ESTRATO)	TODAS <input type="button" value="▼"/>		

NACIONAL			GLOBAL						
			COMPONENTE						SERVICIO
TRATO DIGNO	OPORTUNIDAD	COMUNICACIÓN	AUTONOMIA	FINANCIAMIENTO	CALIDAD PERCIBIDA	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA			
1	INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	99.02 %	77.06 %	98.74 %	99.43 %	90.52 %	88.02 %	92.13 %
1	SECRETARÍA DE SALUD	COATZACOALCOS	99.45 %	81.61 %	98.49 %	100.00 %	92.92 %	92.69 %	94.19 %
2	SECRETARÍA DE SALUD	CÓRDOBA	95.87 %	87.86 %	97.86 %	97.03 %	81.46 %	85.11 %	90.87 %
3	SECRETARÍA DE SALUD	COSAMALOAPAN	98.26 %	69.76 %	92.47 %	98.80 %	89.73 %	81.03 %	88.34 %

# Reportes en el SESTAD: Monitoreo Ciudadano.

INICIO | REPORTES

**SELECCION DE REPORTE**

PERIODO	202401	INSTITUCIÓN	SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA	✓ MONITOREO INSTITUCIONAL MONITOREO AVAL CIUDADANO	NIVEL DE ATENCIÓN	TODAS
ÁREA ( ESTRATO )	TODAS		

== DESCARGAR ==



**SELECCION DE REPORTE**

PERIODO	✓ 202401 202303 202302 202301 202203 202202 202201 202103 202102 202101 202003 202002 202001 201903 201902 201901 201803 201802 201801	INSTITUCIÓN	SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA	AVAL CIUDADANO	NIVEL DE ATENCIÓN	TODAS
ÁREA ( ESTRATO )	TODAS		

== DESCARGAR ==

**GLOBAL**

**COMPONENTE**

	TRATO DIGNO	OPORTUNIDAD	COMUNICACIÓN	AUTONOMIA	FINANCIAMIENTO	CALIDAD PERCIBIDA	SERVICIO
	98.61 %	81.96 %	98.39 %	99.44 %	90.13 %	87.52 %	92.67 %
INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	98.61 %	81.96 %	98.39 %	99.44 %	90.13 %	92.67 %
1	SECRETARÍA DE SALUD COATZACOALCOS	99.29 %	97.50 %	97.27 %	100.00 %	92.90 %	99.74 %
		97.50 %	97.27 %	100.00 %	92.90 %	99.74 %	97.79 %

# Reportes en el SESTAD



SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

NACIONAL			SERVICIO			GLOBAL
			SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN HOSPITALIZACIÓN	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS	
	INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	92.13 %	91.83 %	90.62 %	91.53 %
1		SECRETARÍA DE SALUD COATZACOALCOS	94.19 %	89.35 %	89.34 %	90.96 %
2		CÓRDOBA	90.87 %	93.53 %	89.18 %	91.19 %
3		COSAMALOAPAN	88.34 %	90.99 %	89.88 %	89.74 %
4		MARTÍNEZ DE LA TORRE	94.05 %	89.72 %	93.56 %	92.44 %
5		ORIZABA	94.16 %	90.31 %	86.65 %	90.37 %
6		PÁNUCO	86.70 %	93.94 %	92.38 %	91.01 %
7		POZA RICA	91.93 %	92.87 %	92.98 %	92.59 %
8		SAN ANDRÉS TUXTLA	96.82 %	94.68 %	91.04 %	94.18 %
9		TUXPAN	91.70 %	91.77 %	93.69 %	92.39 %
10		VERACRUZ	93.01 %	97.08 %	94.65 %	94.92 %
11		XALAPA	91.79 %	88.49 %	84.09 %	88.12 %

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

**INICIO | REPORTES**

**SELECCIÓN DE REPORTE**

PERIODO	202401	INSTITUCIÓN	TODAS	DE SALUD
PROGRAMA	MONITOREO AVAL CIUDADANO	NIVEL DE ATENCIÓN	✓ 01 02 03	ÁREA ( ESTRATO ) TODAS

**SERVICIO**

NACIONAL			SERVICIO			GLOBAL
			SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN CONSULTA EXTERNA	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN HOSPITALIZACIÓN	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS	GLOBAL
	INSTITUCIÓN	TOTAL ESTADO VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	95.66 %	-	-	95.66 %
1		SECRETARÍA DE SALUD PÁNUCO	94.22 %	-	-	94.22 %
2		SECRETARÍA DE SALUD TUXPAN	94.16 %	-	-	94.16 %

# Reportes en el SESTAD: Establecimientos Reportados.



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio    Reportes    Periodos    Documentos    Acceso    Contacto

Tipo Tabla  
Establecimientos Reportados

INICIO > GENERALIDAD  
Establecimientos Reportados  
Aval Ciudadano  
COMPARATIVO

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio    Reportes    Periodos    Documentos    Acceso    Contacto

INICIO | REPORTES

ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON

PROGRAMA    ✓ MONITOREO INSTITUCIONAL  
MONITOREO AVAL CIUDADANO

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON EN EL CUATRIMESTRE 01 DEL 2024  
MONITOREO INSTITUCIONAL

ESTADOS	INST.	SSA	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF	SME	SMM	HUN	SMP	CRO	P-IMSS-B	INSHIR	CONASAMA	SS-IMSS-B	TOTAL
AGUASCALIENTES		100	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103
BAJA CALIFORNIA		113	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	113
BAJA CALIFORNIA SUR		50	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
CAMPECHE		91	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91
COAHUILA DE ZARAGOZA		125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	125
COLIMA		120	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120
CHIAPAS		423	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	423
CHIHUAHUA		172	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	172
Ciudad de México		187	0	35	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	187
DURANGO		168	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	168
GUANAJUATO		622	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	622
GUERRERO		525	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	525
HIDALGO		497	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	497
JALISCO		493	0	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	493
MÉXICO		1,146	0	13	0	0	0	8	47	0	0	0	0	0	0	0	0	1,146
MICHOACÁN DE OCAMPO		331	0	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	331
MORELOS		227	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	227
NAYARIT		162	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	162
NUÉVO LEÓN		354	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	354
OAXACA		188	0	9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	188
PUEBLA		606	0	13	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	606
QUERÉTARO		208	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	208
QUINTANA ROO		209	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	209
SAN LUIS POTOSÍ		194	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	194
SINALOA		254	0	7	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	254
SONORA		219	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	219
TABASCO		389	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	389
TAMAULIPAS		240	0	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	240
TLAXCALA		202	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	202
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		520	0	19	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	520
YUCATÁN		162	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	162
ZACATECAS		173	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	173
<b>TOTAL</b>		9,461	0	202	0	29	0	8	66	6	0	0	0	0	0	0	0	9,461

ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON EN EL CUATRIMESTRE 01 DEL 2024  
MONITOREO INSTITUCIONAL

ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON

PROGRAMA    MONITOREO INSTITUCIONAL    PERÍODO    1 de 3    AÑO    2024    ENVIAR

REGRESAR

#	INSTITUCIÓN	ENTIDAD	JURISDICCIÓN	ESTABLECIMIENTO	CLUES
1	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	BARRANCAS (BUENOS AIRES)	VZSSA01973	
2	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	C.S. SOCHIAPA DE ALVARO OBREGÓN	VZSSA01553	
3	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	CARAVANA TIPO O BENITO JUÁREZ I	VZSSA016480	
4	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	CARAVANA TIPO 2 HILARIO C SALAS	VZSSA016006	
5	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y ADICIONES MINATITLÁN	VZSSA016311	
6	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, VER.	VZSSA015955	
7	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	CENTRO DE SALUD EL CHAPO	VZSSA008162	
8	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	COSOLEACOQUE - F. GUTIÉRREZ	VZSSA01524	
9	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	COSOLEACOQUE COL. DÍAZ ORDAZ	VZSSA01536	
10	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	COSOLEACOQUE COL. PATRIA LIBRE	VZSSA01512	
11	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	EL NARANJO	VZSSA003496	
12	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	ESTERO DEL PANTANO	VZSSA001570	
13	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	HOSPITAL COMUNITARIO DE IXHUALTAN DEL SURESTE	VZSSA002690	
14	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALPAN	VZSSA007684	
15	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	HOSPITAL GENERAL COSOLEACOQUE	VZSSA015871	
16	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN	VZSSA003595	
17	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACALCOS DR. VALENTIN GÓMEZ FARIAS	VZSSA001150	
18	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	IXHUAPAN	VZSSA003484	
19	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	LAS CHOPAS	VZSSA002026	
20	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	LAS LOMAS DE TACUJALPA	VZSSA003870	
21	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS	MINZAPAN	VZSSA004155	
22	SECRETARÍA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	COATZACALCOS			



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Reportes en el SESTAD: Reporte por Componente de Cartas Compromiso.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO > GENERALIDADES  
Tipo Tabla  
Establecimientos Reportados

Aval Ciudadano COMPARATIVO Reporte por Componente de Cartas Compromiso Seguimiento a Cartas Compromiso

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO | REPORTES | AVAL CIUDADANO | SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO

REPORTE POR COMPONENTE DE CARTAS COMPROMISO

PERIODO

INSTITUCIÓN

ENTIDAD

JURISDICCIÓN

ESTABLECIMIENTO

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO | REPORTES | AVAL CIUDADANO | SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO

REPORTE POR COMPONENTE DE CARTAS COMPROMISO

SECRETARÍA DE SALUD

VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE

JURISDICCIÓN / DELEGACIÓN XALAPA

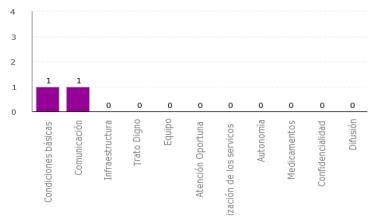
CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO

== REGRESAR ==

#	COMPONENTE / DOMINIO	CUATRIMESTRE 1 DEL 2024		CUATRIMESTRE INMEDIATO ANTERIOR	
		SUGERENCIAS EMITIDAS	CARTAS COMPROMISO FIRMADAS	CARTAS COMPROMISO FIRMADAS	CARTAS CUMPLIDAS
1	Atención Oportuna	0	0	0	0
2	Autonomía	0	0	0	0
3	Comunicación	1	1	1	1
4	Condiciones básicas	1	1	1	1
5	Confidencialidad	0	0	0	0
6	Difusión	0	0	0	0
7	Equipo	0	0	0	0
8	Infraestructura	0	0	0	0
9	Medicamentos	0	0	0	0
10	Organización de los servicios	0	0	0	0
11	Trato Digno	0	0	0	0
TOTAL		2	2	2	2

== REGRESAR ==

SUGERENCIAS DE MEJORA EMITIDAS POR EL AVAL CIUDADANO



SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# Reportes en el SESTAD: Seguimiento a Cartas Compromiso.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SESTAD**  
SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

Tipo Tabla  
ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON

Aval Ciudadano Reporte por Componente de Cartas Compromiso

PERÍODO COMPARATIVO: Seguimiento a Cartas Compromiso

INSTITUCIÓN: TODAS LAS INSTITUCIONES

ENTIDAD: NACIONAL

JURISDICCIÓN:

ESTABLECIMIENTO:

CONSULTAR

ESTABLECIMIENTOS QUE REPORTARON

PERÍODO: 1 de 3 | AÑO: 2024 | ENVIAR

## SEGUIMIENTO A CARTAS COMPROMISO CUATRIMESTRE 01 DEL 2024

● PORCENTAJE DE CUMPLIMENTO ● NÚMERO DE CARTAS FIRMADAS ● CARTAS CUMPLIDAS ● BAJA ADMINISTRATIVA

ESTADOS	INST.	SSA	IMSS	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	DIF	92	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	JUAN DE ALFARO	VZSSA003513	1	1	0	100.00	
AGUASCALIENTES		46.00	75.00						93	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LA ANTIGUA	VZSSA015772	2	0	0	0.00	
BAJA CALIFORNIA		65.22	100.00		100.00				94	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LA MATAMBIA (HIGUERA DE LAS RAICES)	VZSSA003110	1	0	1	0.00	
BAJA CALIFORNIA SUR		9.09							95	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LAS AMAPOLAS	VZSSA007066	2	1	1	50.00	
CAMPECHE		75.58			0.00				96	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LAS BAJADAS	VZSSA007071	1	0	1	0.00	
COAHUILA DE ZARAGOZA		41.88	100.00						97	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LAS REMOJADAS	VZSSA005275	1	0	1	0.00	
COLIMA		50.38			100.00				98	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	LOMA DE LOS HOYOS	VZSSA001635	1	0	0	0.00	
CHIAPAS		50.88			0.00				99	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MARIO FABIO ALTAMIRANO	VZSSA015382	1	0	1	0.00	
CHIHUAHUA		51.85							100	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MATA ESPINO	VZSSA001640	1	1	0	100.00	
Ciudad de México		90.32	66.67		100.00				101	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MEDELLIN DE BRAVO	VZSSA003501	1	0	1	0.00	
DURANGO		97.94	50.00						102	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DE OVEJAS	VZSSA004546	1	1	0	100.00	
GUANAJUATO		98.08	100.00						103	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DEL TORO	VZSSA003530	2	1	1	50.00	
GUERRERO		87.53	66.67						104	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PIEDRAS NEGRAS	VZSSA006651	1	0	1	0.00	
HIDALGO		92.82	100.00						105	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	RANCHITO DEL PADRE	VZSSA003542	2	1	1	50.00	
JALISCO		81.09			100.00				106	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PUNTE JULIA	VZSSA004563	1	1	0	100.00	
MÉXICO		76.88	100.00					87.5	107	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	SALINAS	VZSSA000375	1	1	0	100.00	
MICHOACÁN DE OCAMPO		93.24	100.00						108	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MEDELLIN DE BRAVO	VZSSA003501	1	0	1	0.00	
MORELOS		87.15	75.00						109	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DE OVEJAS	VZSSA004546	1	1	0	100.00	
NAYARIT		79.31							110	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DEL TORO	VZSSA003530	2	1	1	50.00	
NUÉVO LEÓN		97.40	0.00						111	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PIEDRAS NEGRAS	VZSSA006651	1	0	1	0.00	
OAXACA		60.13	66.67						112	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	RANCHITO DEL PADRE	VZSSA003542	2	1	1	50.00	
PUEBLA		33.98	70.00						113	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	SALINAS	VZSSA000375	1	1	0	100.00	
QUERÉTARO		70.08							114	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MEDELLIN DE BRAVO	VZSSA003501	1	0	1	0.00	
QUINTANA ROO		100.00							115	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DE OVEJAS	VZSSA004546	1	1	0	100.00	
SAN LUIS POTOSÍ		79.53	100.00						116	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DEL TORO	VZSSA003530	2	1	1	50.00	
SINALOA		76.62							117	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PIEDRAS NEGRAS	VZSSA006651	1	1	0	100.00	
SONORA		68.49	100.00						118	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	RANCHITO DEL PADRE	VZSSA003542	2	1	1	50.00	
TABASCO		49.03							119	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	SALINAS	VZSSA000375	1	1	0	100.00	
TAMAULIPAS		64.00	77.78						120	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MEDELLIN DE BRAVO	VZSSA003501	1	0	1	0.00	
TLAXCALA		95.97	100.00						121	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DE OVEJAS	VZSSA004546	1	1	0	100.00	
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		66.83	100.00						122	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DEL TORO	VZSSA003530	2	1	1	50.00	
YUCATÁN		98.16	100.00		100.00				123	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PIEDRAS NEGRAS	VZSSA006651	1	1	0	100.00	
ZACATECAS		74.55	100.00						124	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	RANCHITO DEL PADRE	VZSSA003542	2	1	1	50.00	
		TOTAL	78.26	0.00	85.99	0.00	81.25	0.00	87.5	125	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	SALINAS	VZSSA000375	1	1	0	100.00
									126	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	MEDELLIN DE BRAVO	VZSSA003501	1	0	1	0.00	
									127	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DE OVEJAS	VZSSA004546	1	1	0	100.00	
									128	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PASO DEL TORO	VZSSA003530	2	1	1	50.00	
									129	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	PIEDRAS NEGRAS	VZSSA006651	1	1	0	100.00	
									130	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	RANCHITO DEL PADRE	VZSSA003542	2	1	1	50.00	
									131	SECRETARIA DE SALUD VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	VERACRUZ	SALINAS	VZSSA000375	1	1	0	100.00	



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

VERACRUZ  
2024 - 2030

# Reportes en el SESTAD: Comparativo.



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio	Reportes	Periodos	Documentos	Acceso	Contacto
INICIO > GENERALIDADES					
<a href="#">Tipo Tabla</a> <a href="#">Establecimientos Reportados</a> <a href="#">Aval Ciudadano</a> <a href="#">COMPARATIVO</a>					

GENERALIDADES



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio	Reportes	Periodos	Documentos	Acceso	Contacto
INICIO   REPORTES					

= = COMPARATIVO MONITOREO INSTITUCIONAL Y AVAL CIUDADANO ==

1 ) PERIODO	202401	2 ) SERVICIO	SELECCIONAR ...
3 ) INSTITUCIÓN	SECRETARÍA DE SALUD		
4 ) ENTIDAD	VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	5 ) JURISDICCIÓN	TUXPAN
5 ) ESTABLECIMIENTO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR		

PARA MOSTRAR EL REPORTE ES NECESARIO INDICAR TODOS LOS DATOS



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SESTAD

SISTEMA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO

Inicio Reportes Periodos Documentos Acceso Contacto

INICIO | REPORTES

= = COMPARATIVO MONITOREO INSTITUCIONAL Y AVAL CIUDADANO ==

1 ) PERIODO	202401	2 ) SERVICIO	SATISFACCIÓN, TRATO ADECUADO Y DIGNO EN URGENCIAS
3 ) INSTITUCIÓN	SECRETARÍA DE SALUD		
4 ) ENTIDAD	VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE		
5 ) ESTABLECIMIENTO	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ		

ESTATUS ESTABLECIMIENTO: **AVALADO**

COMPONENTE	VARIABLE	MONITOREO INSTITUCIONAL	MONITOREO AVAL	DIFERENCIA	ESTATUS
	TRATO DIGNO	1 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON QUE LOS ATENDIERON CON RESPECTO DURANTE SU VISITA.	100.00 %	100.00 %	0.00 %
		2 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE CONSIDERAN QUE EL MÉDICO PASÓ SUFICIENTE TIEMPO CON ELLOS DURANTE SU VISITA AL SERVICIO DE URGENCIAS.	93.75 %	93.75 %	0.00 %
	OPORTUNIDAD	3 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON HABER TENIDO DOLOR DURANTE SU VISITA A URGENCIAS.	87.85 %	87.85 %	0.00 %
		4 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON QUE SU DOLOR FUE ATENDIDO.	100.00 %	100.00 %	0.00 %
		5 PORCENTAJE DE USUARIOS A LOS QUE LES DIJERON CUANTO TIEMPO IBAN A ESPERAR PARA RECIBIR LA ATENCIÓN DE ACUERDO A LA GRAVEDAD DE SU PADECIMIENTO.	18.40 %	18.75 %	0.35 %
		6 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON HABER ESPERADO ENTRE 0 Y 15 MINUTOS ANTES DE SER ATENDIDOS.	4.17 %	4.17 %	0.00 %

ESTATUS ESTABLECIMIENTO: **NO AVALADO**

COMPONENTE	VARIABLE	MONITOREO INSTITUCIONAL	MONITOREO AVAL	DIFERENCIA	ESTATUS
	TRATO DIGNO	1 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON QUE LOS ATENDIERON CON RESPECTO DURANTE SU VISITA.	100.00 %	100.00 %	0.00 %
		2 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE CONSIDERAN QUE EL MÉDICO PASÓ SUFICIENTE TIEMPO CON ELLOS DURANTE SU VISITA AL SERVICIO DE URGENCIAS.	100.00 %	100.00 %	0.00 %
	OPORTUNIDAD	3 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON HABER TENIDO DOLOR DURANTE SU VISITA A URGENCIAS.	50.00 %	39.39 %	10.61 %
		4 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON QUE SU DOLOR FUE ATENDIDO.	90.00 %	100.00 %	10.00 %
		5 PORCENTAJE DE USUARIOS A LOS QUE LES DIJERON CUANTO TIEMPO IBAN A ESPERAR PARA RECIBIR LA ATENCIÓN DE ACUERDO A LA GRAVEDAD DE SU PADECIMIENTO.	40.00 %	100.00 %	60.00 %
		6 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON HABER ESPERADO ENTRE 0 Y 15 MINUTOS ANTES DE SER ATENDIDOS.	45.00 %	54.55 %	9.55 %
		7 PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RESPONDIERON QUE EL MÉDICO LES DIO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS O COMENTAR SUS PREOCUPACIONES	100.00 %	100.00 %	0.00 %

NO  
AVALADO

# Calendario.

## CALENDARIO DE ACTIVIDADES SESTAD 2025



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud

Tipo de Periodo	APERTURA DEL SISTEMA			
	Número de Periodo	Inicio	Termino	Publicación de Resultados
Cuatrimestral	1	01-may	16-may	23-may
	2	01-sep	19-sep	26-sep
	3	05-ene-26	23-ene-26	30-ene-26

Tipo de Periodo	ALTAS Y MODIFICACIONES		
	Número de Periodo	Inicio	Termino
Bimestral	1	01-ene	28-feb
	2	01-mar	25-abr
	3	01-may	27-jun
	4	01-jul	29-agosto
	5	01-sep	31-octubre
	6	03-noviembre	17-diciembre



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

# ALTA O MODIFICACIÓN EN EL SESTAD

- OFICIO
- LISTADO DGIS



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ

 **SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
Dirección General de Calidad y Educación en salud  
Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud  
Dirección de Seguridad del Paciente  
Subdirección de Gestión de la Calidad y Seguridad de la Atención

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Folio: \_\_\_\_\_

Marque con una 'X' la casilla seleccionada

Monitoreo Institucional   
Ciudadano

Alta   
Si el formato es exclusivamente para alta tiene la sección 1  
Modificación   
Si el formato es para solicitar modificación tiene las dos secciones (1 datos actuales y 2 datos de cambio)

**Sección 1.- Datos de la unidad para el registro de alta SESTAD**

CLUES:

Nombre oficial de la unidad  
(como aparece en la base de la DGIS) \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Jurisdicción/Delegación: \_\_\_\_\_

Categoría de la unidad: Urbano  Rural   
Nivel de atención: Primer Nivel  Segundo Nivel  Tercer Nivel   
Número de muestra: Institucional Urbano  Ciudadano Urbano   
Rural  Rural

**Sección 2.- Datos en los que se requiere modificación en el SESTAD**

CLUES:

Nombre oficial de la unidad  
(como aparece en la base de la DGIS) \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Jurisdicción/Delegación: \_\_\_\_\_

Categoría de la unidad: Urbano  Rural   
Nivel de atención: Primer Nivel  Segundo Nivel  Tercer Nivel   
Número de muestra: Institucional Urbano  Ciudadano Urbano   
Rural  Rural

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Objetivo de la encuesta:**  
Medir la satisfacción de los usuarios así como la calidad percibida del trato adecuado y digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica.

**Alcance:**  
Esta encuesta se debe aplicar en todos los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud de primero, segundo y tercer nivel.  
Se excluye a los Establecimientos: almacén, antirrábicos (control canino) y oficinas administrativas.

**Nota:** Con este formato se realiza el alta o modificación de la unidad en la base de SESTAD para ambos monitoreos.

Nombre y Firma del Gestor / Jefe Jurisdicción de Calidad de la Unidad

Nombre y Firma del Responsable Estatal de Calidad

# ¡Muchas Gracias!

## Datos de contacto:

**MAP. Anabell Durán García**

Gestora Estatal de Calidad y Encargada de los  
Programas

Aval Ciudadano y SESTAD.

Tel. Cel.: 2281113282

Tel. Oficina: 2288199622

Correo: aciudadano.ccs@gmail.com



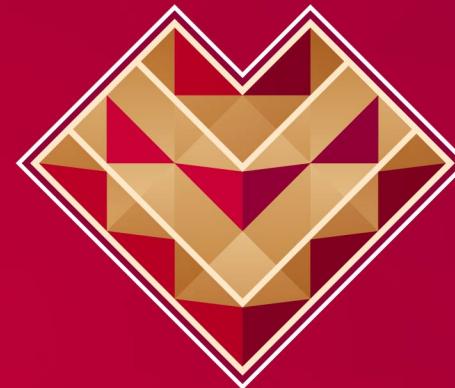
GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030

**SS**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**SESVER**  
SERVICIOS DE SALUD  
DE VERACRUZ



GOBIERNO DEL ESTADO DE  
**VERACRUZ**  
2024 - 2030



POR AMOR A  
**VERACRUZ**