

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT CONTINUA COVID-19)

Cuestionario Utilizadores de Servicios de Salud

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____ | | | | |
 MUNICIPIO/AYUDANTIA _____ | | | | |
 LOCALIDAD _____ | | | | |
 AGEB..... | | | | |

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM..... | | | | |
 NÚMERO DE VIVIENDA
 SELECCIONADA..... | | | | |

3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

TIPO Y NOMBRE DE VIALIDAD (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA,
CAMINO)

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR TIPO Y NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO
(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD)

4. CONTROL DE HOGARES Y CUESTIONARIO

HOGAR | | | | | DE | | | | | EN LA VIVIENDA

CUESTIONARIO | | | | | DE | | | | | DEL
HOGAR

5. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

VISITA	RESULTADO*	FECHA		TIEMPO DE ENTREVISTA	
		DÍA	MES	INICIO	TÉRMINO
1				:	:
2				:	:
3				:	:
4				:	:
5				:	:

CODIGOS PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

01 ENTREVISTA COMPLETA	05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA	08 OTRO (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES)
02 ENTREVISTA INCOMPLETA	06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN	
03 INFORMANTE INADECUADO	07 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA	
04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)		

ENTREVISTADOR(A): El cuestionario Utilizadores es solo para personas que SI han recibido atención médica en los últimos 3 meses (pregunta 4.06 de la sección de Utilizadores del cuestionario Hogar), el entrevistado deberá de preguntar nuevamente si ha recibido alguna atención de salud en los últimos 3 meses, verificar el motivo de esa atención y corroborar estas respuestas con las dadas en el cuestionario de Hogar.

ENTREVISTADOR(A): CORROBORE EL SEXO Y EDAD DE LA PERSONA SELECCIONADA.

Nombre		Sexo	H	M		Edad				
--------	--	------	---	---	--	------	--	--	--	--

UTILIZACIÓN

1.1 Una persona de su hogar nos informó que Usted había tenido (Mencione necesidad de salud) en los últimos 3 meses, ¿es correcto?

Considere como necesidad de salud, además de enfermedades y lesiones, el malestar psicológico, consultas programadas, servicios de medicina preventiva. No importa si fue o no fue a buscar atención.

Sí..... 1 → Pasa a 2.1
 Sí, tuvo una necesidad de salud, pero fue otra..... 2
 No..... 3 → Fin de la entrevista

U0101

1.2 ¿Me podría decir cuál fue su necesidad de salud? Recuerde que es la última que tuvo en los últimos 3 meses.

ANOTA UN CÓDIGO

ENTREVISTADOR, PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

U01011

INFECCIONES AGUDAS

- 01 Infecciones respiratorias agudas (gripe, catarro)
- 02 Diarrea
- 03 Infecciones de vías urinarias (mal de orín)
- 04 Infección del oído
- 05 Conjuntivitis (infección en los ojos)
- 06 Infección vaginal o de los genitales e infección de transmisión sexual
- 07 Caries
- 08 Otra enfermedad de la boca
- 09 Infección del riñón
- 10 Neumonía (pulmonía)
- 13 Parasitosis intestinal (lombrices)
- 14 COVID-19 (coronavirus)

INFECCIONES CRÓNICAS

- 15 Control o diagnóstico de diabetes (azúcar alta)
- 16 Control o diagnóstico de hipertensión arterial (presión alta)
- 17 Control de peso
- 18 Enfermedades renales (del riñón)
- 19 Gastritis, úlcera gástrica o duodenitis
- 20 Piedra o cálculo en el riñón
- 21 Insuficiencia renal
- 22 Asma
- 23 Bronquitis o enfisema pulmonar (EPOC)
- 24 Alergias
- 25 Cáncer o tumores

PREVENCIÓN

- 26 Vacunación
- 27 Planificación familiar
- 28 Chequeo médico
- 29 Chequeo dental
- 30 Control prenatal
- 31 Antígeno prostático
- 32 Mamografía
- 33 Papanicolau
- 34 Certificado médico

EVENTOS AGUDOS NO INFECCIOSOS

- 35 Lesión física por accidente
- 36 Lesión física por agresión
- 37 Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación
- 38 Fiebre sin otra manifestación
- 39 Parto / cesárea

SALUD MENTAL

- 40 Depresión
- 41 Ansiedad
- 42 Insomnio
- 43 Estrés

OTRO

- 44 Otra causa (especifique)
- 99 No sabe

U01011E

2.1 Usted fue atendido por esta (Mencione necesidad de salud), ¿Cierto?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
 No..... 2 → Fin de la entrevista

U0102

ATENCIÓN

2.2 ¿En qué institución de salud (USTED/NOMBRE) se atendió/recibió atención?

ANOTA UN CÓDIGO

_____|_____| **U0202A**

- 1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- 2 ISSSTE
- 3 ISSSTE Estatal
- 4 PEMEX
- 5 Defensa
- 6 Marina
- 7 Centro de Salud u Hospital de la SSA
- 8 IMSS PROSPERA (antes Prospera)
- 9 DIF federal, estatal o municipal
- 10 Cruz Roja/Cruz Verde
- 11 Instituto Nacional de Salud
- 12 Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita
- 13 Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico
- 14 Consultorio, clínica u hospital privado que no sea consultorios pertenecientes a farmacias o farmacia con consultorio médico
- 15 Curandero, yerbero, naturista
- 16 Homeópata, partera, acupunturista
- 17 Otro (especifique)
- 18 No sabe / No recuerda

U0202AE

2.3 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar?

ENTREVISTADOR(A): La primera respuesta debe ser espontánea por parte del entrevistado (no leer las respuestas). Después de que el entrevistado da de manera espontánea la primera respuesta, pregunte ¿Algún otro motivo? Si hay otro registrar dos más máximo y usar las opciones de respuesta.

SELECCIONE MÁXIMO 3 CÓDIGOS

U0203A	U0203B	U0203C
Opción 1 _____	Opción 2 _____	Opción 3 _____
U0203AE	U0203BE Calidad	U0203CE
Le atienden rápido.....	Le gusta cómo lo(a) atienden.....	Hábito
Ya tenía cita.....	Conoce al prestador de servicios de salud.....	Recomendación
Vi publicidad de este sitio.....	Me recomendaron este lugar/este prestador.....	Otro (especifique)
NS/NR.....		

Acceso	
Tiene afiliación.....	01
Está cerca.....	02
Es barato/No cuesta.....	03
El horario de atención es amplio.....	04
No es necesario agendar cita.....	05
Se tardan poco en dar cita.....	06
Esta unidad ofrece el servicio que necesito.....	07
Es fácil agendar una cita.....	08
No tuve otra opción.....	09

2.4 En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al sitio en que le atendieron?

MONTO: |_____|_____|_____| **U0204**

No pagó..... 7777
NS/NR..... 9999

2.5 Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tardó en llegar al lugar en donde le atendieron?

HORAS: |_____|_____| **U0205H** MINUTOS: |_____|_____| **U0205M**

No sabe..... 99 99

ATENCIÓN

<p>2.6 Una vez en el lugar de atención, ¿cuánto tiempo aproximadamente tuvo que esperar para que lo(a) atendieran por su (mencione necesidad de salud)?</p> <p style="text-align: center;">U0206H U0206M</p> <p>HORAS: MINUTOS: </p> <p>No sabe..... 99 99</p>	<p>2.7 ¿Cuánto tiempo duró la consulta?</p> <p>Solo para quien fue atendido en consulta externa, no para quienes estuvieron hospitalizados</p> <p style="text-align: center;">U0207H U0207M</p> <p>HORAS: MINUTOS: </p> <p>No sabe..... 99 99 Atención hospitalaria, anote..... 88 88</p>
<p>2.8 ¿Le cobraron por la atención que recibió?</p> <p>ENTREVISTADOR(A): Pregunte solo por el costo de la atención durante la consulta o los días que estuvo hospitalizado. No contemple estudios, medicamentos, traslados, alimentos, hospedaje.</p> <p>CRUZA UN CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1 No..... 2 NS/NR..... 9</p> <p style="text-align: right;">Pasa a 3.1 U0208</p>	<p>2.9 ¿Cuánto le cobraron?</p> <p style="text-align: right;">MONTO: U0209</p>

MEDICAMENTOS

<p>3.1 ¿Cuántos medicamentos diferentes le recetaron en la consulta o en la atención hospitalaria?</p> <p style="text-align: center;">Número U0310</p> <p>No le recetaron medicamentos..... 00 → Pasa a 4.1</p>	<p>3.2 Sobre los medicamentos que le recetaron, ¿el personal de salud que lo(a) atendió...</p> <p>CRUZA UN CÓDIGO U0311 LEE LAS OPCIONES DE RESPUESTA</p> <p>le dio explicaciones y las entendió todas?..... 1 le dio explicaciones y sólo atendió algunas?..... 2 le dio explicaciones y no las atendió?..... 3 ¿No le dio explicaciones?..... 4 NS/NR..... 9</p>
<p>3.3 ¿Consiguió todos los medicamentos?</p> <p>CRUZA UN CÓDIGO U0312</p> <p>Sí, todos..... 1 No, ninguno..... 2 → Pasa a 3.5 Sólo algunos..... 3 NS/NR..... 9 → Pasa a 3.5</p>	<p>3.4 ¿Dónde los consiguió? U0313</p> <p>PUEDA SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN U0313E</p> <p>En el mismo lugar de la consulta..... 1 En otra unidad de la misma institución..... 2 En una farmacia particular..... 3 Otra institución..... 4 Otro lugar (especifique)..... 5</p>

MEDICAMENTOS

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.3 FUE SOLO ALGUNOS (CÓDIGO 3) REALICE LA PREGUNTA 3.5

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.3 FUE "SÍ, TODOS" (CÓDIGO 1) Y EN LA PREGUNTA 3.4 LA (S) RESPUESTA(S) INCLUYEN LA OPCIÓN OTRA INSTITUCIÓN (CÓDIGO 4) REALICE LA PREGUNTA 3.5.

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.3 FUE "SÍ, TODOS" (CÓDIGO 1) Y EN LA PREGUNTA 3.4 LA (S) RESPUESTA(S) NO INCLUYEN LA OPCIÓN OTRA INSTITUCIÓN (CÓDIGO 4) PASE A LA PREGUNTA 3.6.

3.5 ¿Por qué no lo(s) consiguió / en el lugar donde se atendió?

ENTREVISTADOR(A): Permita que la respuesta sea espontánea.

U0314

U0314E

SELECCIONE TODOS LOS QUE MENCIONE

No había el medicamento en la institución/sitio donde se atendió.....	01	Ya tenía el medicamento.....	09
No lo consideró necesario.....	02	La atención no incluye los medicamentos.....	10
El lugar donde los consigue está lejos.....	03	No le explicaron el procedimiento para obtenerlos.....	11
No supo a dónde ir/no lo pudo encontrar.....	04	Le da miedo tomar o usar medicamentos.....	12
No ha tenido tiempo/no puede salir del trabajo.....	05	Otro (especifique).....	13
Le parecieron caros.....	06	No había el medicamento en farmacias particulares.....	14
No tenía dinero.....	07	Perdió la receta.....	15
Va a atenderse en otro lugar.....	08	No sabe/No recuerda.....	99

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.3 ES "SOLO ALGUNOS" (CÓDIGO 3) O "SÍ, TODOS" (CÓDIGO 1) CONTINUE.

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 3.3 ES "NINGUNO" (CÓDIGO 2) O "NS/NR" (CÓDIGO 9) PASE A LA PREGUNTA 4.1.

3.6 ¿Cuánto pagó por lo medicamentos que consiguió?

MONTO: | | | | |

U0315

No pagó..... 7777
NS/NR..... 9999

ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE

4.1 En la consulta o durante la hospitalización, ¿le pidieron que se hiciera algún examen de laboratorio (sangre u orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electrocardiograma, tomografía)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
No..... 2 } **Pasa a 4.6** **U0416**
NS/NR..... 9

4.2 ¿Se hizo los exámenes de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electrocardiograma, tomografía) que le solicitaron?

CRUZA UN CÓDIGO

U0417

Sí, todos..... 1
No, ninguno..... 2 → **Pasa a 4.4**
Sólo algunos..... 3
NS/NR..... 9 → **Pasa a 4.4**

4.3 ¿Dónde se realizó los exámenes de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, ultrasonido, electrocardiograma, tomografía) que le solicitaron?

SELECCIONA LOS CÓDIGOS QUE APLIQUEN

En la misma unidad..... 1
En otra unidad de la misma institución..... 2
Laboratorio de otra institución..... 3
Laboratorio particular..... 4
En otro lugar (especifique)..... 5
NS/NR..... 9

U0418

U0418E

ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 4.2 FUE “SOLO ALGUNOS” (CÓDIGO 3) REALIZA LA PREGUNTA 4.4

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 4.2 FUE “SI, TODOS” (CÓDIGO 1), Y EN LA PREGUNTA 4.3 LA (S) RESPUESTA(S) INCLUYEN LA OPCIÓN LABORATORIO DE OTRA INSTITUCIÓN (CÓDIGO 3) O LABORATORIO PARTICULAR (CÓDIGO 4) REALIZA LA PREGUNTA 4.4.

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 4.2 FUE “SI, TODOS” (CÓDIGO 1) Y LA(S) RESPUESTA(S) EN LA PREGUNTA 4.3 NO INCLUYEN LA OPCIÓN DE “LABORATORIO DE OTRA INSTITUCIÓN” (CÓDIGO 3) O “LABORATORIO PARTICULAR” (CÓDIGO 4) PASE A LA PREGUNTA 4.5

4.4 ¿Por qué no lo(s) realizó / en el lugar donde se atendió?

U0419

ENTREVISTADOR(A): Permita que la respuesta sea espontánea.

U0419E

SELECCIONE TODOS LOS QUE MENCIONE

No hacen el estudio en la institución.....	01	Va a atenderse a otro lugar.....	08
No lo consideró necesario.....	02	No le explicaron el procedimiento para realizarlos.....	09
El lugar donde los consigue está lejos.....	03	Le da miedo realizarse estudios.....	10
No supo a dónde ir.....	04	No hay citas disponibles.....	11
No ha tenido tiempo/no puede salir del trabajo.....	05	Tengo cita, pero aún no pasa.....	12
Le parecieron caros.....	06	Otro (especifique).....	13
No tenía dinero.....	07	No sabe/No recuerda.....	99

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 4.2 FUE SÍ, TODOS” (CÓDIGO 1) O “SOLO ALGUNOS” (CÓDIGO 3) “CONTINUA.

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 4.2 ES “NINGUNO” (CÓDIGO 2) O “NS/NR” (CÓDIGO 9) PASA A LA PREGUNTA 4.6.

4.5 ¿Cuánto pagó por los exámenes de laboratorio o gabinete que se realizó?

MONTO: | | | | | **U0420**

No pagó..... 7777
NS/NR..... 9999

4.6 Aparte de lo que ya me dijo, ¿tuvo otros gastos por atenderse o por la atención?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
No..... 2
NS/NR..... 9 } **Pasa a 5.1 U0421**

4.7 ¿En qué y cuánto gastó?

a) Otros gastos médicos | | | | | **U0422A**

b) Comida/ hospedaje | | | | | **U0422B**

c) Otros gastos | | | | | **U0422C**

No sabe / No recuerda..... 9999

Sin gasto..... 0000

CALIDAD

5.1 Después de la última atención que recibió, ¿considera que su estado de salud...

LEA LAS OPCIONES

- mejoró mucho?..... 1
- mejoró?..... 2
- no cambió?..... 3
- empeoró?..... 4
- empeoró mucho?..... 5
- No sabe..... 9

U0523A

5.2 Si tuviera oportunidad de escoger, ¿regresaría a ese mismo lugar para tenderse?

CRUZA UN CÓDIGO

U0523

- Sí..... 1 → Pasa a 5.4
- No..... 2
- Tiene dudas..... 3
- NS/NR..... 9 } Pasa a 5.4

5.3 ¿Por qué no regresaría?

ENTREVISTADOR(A): Permítala que la respuesta sea espontánea.

U0524

U0524E

SELECCIONE TODOS LOS QUE MENCIONE

- | | |
|--|--|
| Estaba lejos de su casa..... 01 | Las instalaciones están en mal estado..... 09 |
| El horario es muy reducido..... 02 | Está saturado el servicio..... 10 |
| Tardan en dar cita..... 03 | Lo trataron mal..... 11 |
| Era caro el servicio/cobran..... 04 | No me da confianza / No me gustó la atención..... 12 |
| Me atienden en otro lugar / estoy afiliada en un lugar diferente..... 05 | No se le dio ninguna explicación sobre la atención que recibió..... 13 |
| No había medicamentos..... 06 | No estuvo de acuerdo con el diagnóstico..... 14 |
| No había materiales / aparatos/equipos..... 07 | No estuvo de acuerdo con el tratamiento..... 15 |
| El tiempo de espera era largo..... 08 | No mejoró..... 16 |
| | Otro (especifique)..... 17 |

5.4 En una escala del 1 al 10 donde 1 significa que usted no pudo entender nada y 10 significa que usted entendió todo lo que se le indicó, ¿cuánto entendió de las indicaciones que le dieron?

ESCALA 1 AL 10: | | | | |

U0525

No recibió indicaciones..... Anote 11

5.5 En general, ¿cómo calificaría la atención médica que recibió por (mencione necesidad)...

LEA LAS OPCIONES

- excelente?..... 1
- muy buena?..... 2
- buenas?..... 3
- regular?..... 4
- mala?..... 5

U0526

OBSERVACIONES

ENSANUT COVID19.
Versión preliminar para
capacitación.
Prohibida su reproducción
total o parcial.