

# Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT CONTINUA 2022

## Cuestionario de Utilizadores de Servicios de Salud

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
 MUNICIPIO/ALCALDIA \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
 AGEB..... | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
 MZ..... | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

### 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,  
BOULEVARD o Km)

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

### 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
Nombre y clave del entrevistador					
1	__	__	__	__:__	__:__
2	__	__	__	__:__	__:__
3	__	__	__	__:__	__:__
4	__	__	__	__:__	__:__

\*CODIGOS PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

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

ENTREVISTADOR(A): El cuestionario de Utilizadores es solo para las personas que Sí recibieron atención médica en los últimos 3 meses (pregunta 4.6 de la sección de Utilizadores del cuestionario de Hogar), deberá preguntar nuevamente al seleccionado(a) si ha recibido alguna atención de salud en los últimos 3 meses, verificar el motivo de esa atención y corroborar estas respuestas con las registradas en el cuestionario de Hogar.

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo **H M** Edad |\_\_||\_\_||\_\_|

### I. UTILIZACIÓN

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

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

Sí..... 1

Sí, tuve una necesidad de salud, pero fue otra..... 2

No..... 3 → Fin de la entrevista

**1.3 Usted/Tu fue/fuiste atendido(a) por esta (Mencione la necesidad de salud), ¿Cierto?**

SELECCIONE UN CÓDIGO

Sí..... 1

No..... 2 → Fin de la entrevista

### II. ATENCIÓN

**2.1 ¿En qué institución de salud (USTED/NOMBRE) se/te atendió/atendiste o recibió/recibiste atención?**

SELECCIONE UN CÓDIGO |\_\_||\_\_|

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	Atención privada en torre de consultorios médicos o en una clínica sin camas de hospital privado.....	15
ISSSTE/ISSSTE Estatal .....	02	Consultorio en domicilio particular de médico privado.....	16
PEMEX .....	03	Atención privada en mi domicilio.....	17
Defensa .....	04	Atención privada vía remota (teléfono, mensajes de texto, telemedicina) .....	18
Marina .....	05	Médico laboral (médico de la empresa).....	19
Centro de Salud u Hospital de la SSA .....	06	Curandero(a), hierbero(a), naturista.....	20
IMSS Bienestar (antes Oportunidades) .....	07	Homeópata, partera, acupunturista.....	21
DIF federal, estatal o municipal .....	08	Otro (especifique).....	22
Cruz Roja/Cruz Verde .....	09	No sabe / No recuerda.....	23
Instituto Nacional de Salud.....	10		
Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita/Dispensario.....	11		
Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico.....	12	<input type="text" value="u0201"/>	<input type="text" value="u0201e"/>
Consultorio dentro de hospital privado.....	13		
Área de urgencias/hospitalización dentro de hospital privado.....	14		

**2.2.a Usted/NOMBRE me dijo/dijiste que es/eres derechohabiente de (mencione respuesta de la pregunta 3.10 cuestionario de hogar) y que por la necesidad de salud se/te atendió/atendiste en (mencione respuesta de la pregunta 2.1), ¿es correcto?**

Sí, mi derechohabiencia y el lugar dónde me atendí son correctos ..... 01 → Pasa a nota 1

Sí, el lugar dónde me atendí es correcto, pero no es correcta mi derechohabiencia..... 02 → Aplica 2.2.b y pasa a nota 2

Sí, mi derechohabiencia es correcta pero el lugar de atención no es correcto..... 03 → Aplica 2.2.b.1 y pasa a nota 3

Ambos son incorrectos ..... 04 → Aplica 2.2.b y 2.2.b.1 y pasa a nota 4

NOTA 1: Programador Si en 2.2.a la respuesta es "1" verifique correspondencia entre derechohabiencia (3.10 hogar) y lugar de la atención (2.1 usuarios servicios) (vea la siguiente matriz de correspondencia)Si hay correspondencia, pase a pregunta 2.2 y si NO hay correspondencia pase a 2.2c

Cuando verifique la correspondencia con derechohabiente usando la pregunta 3.10 de hogar considere la primera opción de respuesta de la pregunta.

<b>3.10 ¿(USTED/NOMBRE) tiene derecho o acceso a servicios médicos...</b>	<b>2.1 ¿En qué institución de salud (USTED/NOMBRE) se atendió/solicitó ser atendido(a)?</b>
1 del Seguro Social (IMSS)?	1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
7 de IMSS BIENESTAR (antes Oportunidades)	7 de IMSS BIENESTAR (antes Oportunidades)
2 del ISSSTE?	2 ISSSTE/ISSSTE Estatal
3 del ISSSTE Estatal?	
4 de PEMEX?	3 PEMEX
5 de Defensa?	4 Defensa
6 de Marina?	5 Marina
8 de un seguro privado de gastos médicos?	9 Cruz Roja/Cruz Verde 11 Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita/Dispensario 12 Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico 13 Consultorio dentro de hospital privado 14 Área de urgencias/hospitalización dentro de hospital privado 15 Atención privada en torre de consultorios médicos o en una clínica sin camas de hospital privado 16 Consultorio en domicilio particular de médico privado 17 Atención privada en mi domicilio 18 Atención privada vía remota (teléfono, mensajes de texto, telemedicina) 19 Médico laboral (médico de la empresa) 20 Curandero, hierbero, naturista 21 Homeópata, partera, acupunturista
10 ¿No está afiliado o inscrito a servicios médicos? (incluya INSABI).	6 Centro de Salud u Hospital de la SSA
11 Tenía Seguro Popular durante 2018	10 Instituto Nacional de Salud 8 DIF federal, estatal o municipal

DERECHOHABIENCIA	LUGAR DE LA ATENCIÓN
<p><b>2.2.b ¿Cuál es entonces su/tu derechohabiente, es decir, en qué lugar tiene(s) derecho o acceso a los servicios de salud?</b></p> <p>SELECCIONE UN CÓDIGO   ____   ____  </p> <p>01 del Seguro Social (IMSS)</p> <p>02 del ISSSTE</p> <p>03 del ISSSTE Estatal</p> <p>04 de PEMEX</p> <p>05 de Defensa</p> <p>06 de Marina</p> <p>07 de IMSS BIENESTAR (antes Oportunidades)</p> <p>08 de un seguro privado de gastos médicos</p> <p>09 de otra institución (especifique)</p> <p>10 No está afiliado o inscrito a servicios médicos (incluya INSABI).</p> <p>11 Tenía Seguro Popular durante 2018</p> <p>99 NS/NR</p> <p><b>u0202b</b></p> <p><b>u0202be</b></p>	<p><b>2.2.b.1 ¿En qué institución de salud (USTED/NOMBRE) se/te atendió/atendiste /recibió/recibiste atención?</b></p> <p>SELECCIONE UN CÓDIGO   ____   ____  </p> <p>01 del Seguro Social (IMSS)</p> <p>02 ISSSTE/ISSSTE Estatal</p> <p>03 PEMEX</p> <p>04 Defensa</p> <p>05 Marina</p> <p>06 Centro de Salud u Hospital de la SSA</p> <p>07 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)</p> <p>08 DIF federal, estatal o municipal</p> <p>09 Cruz Roja/Cruz Verde</p> <p>10 Instituto Nacional de Salud</p> <p>11 Organizaciones (ONG/OSC) que dan atención gratuita/Dispensario</p> <p>12 Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico</p> <p>13 Consultorio dentro de hospital privado</p> <p>14 Área de urgencias/hospitalización dentro de hospital privado</p> <p>15 Atención privada en torre de consultorios médicos o en una clínica sin camas de hospital privado</p> <p>16 Consultorio en domicilio particular de médico privado</p> <p>17 Atención privada en mi domicilio</p> <p>18 Atención privada vía remota (teléfono, mensajes de texto, telemedicina)</p> <p>19 Médico laboral (médico de la empresa)</p> <p>20 Curandero, yerbero, naturista</p> <p>21 Homeópata, partera, acupunturista</p> <p>22 Otro (especifique)</p> <p>23 No sabe / No recuerda</p> <p><b>u0202b1</b></p> <p><b>u0202b1e</b></p>

**NOTA 2** Si en "2.2.a" la respuesta es 2 y ya corrigió la derechohabiente en "2.2.b" verifique correspondencia entre la derechohabiente de 2.2.b y lugar de la atención (2.1 usuarios servicios) (ver cuadro de correspondencia). Si hay correspondencia, pase a 2.2 y si NO hay correspondencia y tiene derechohabiente pase a 2.2c. En caso de que el informante no sea derechohabiente (pregunta 2.2.b, Código 10) y no hay correspondencia con el lugar de la atención, pasa a la pregunta **2.2.c.1**.

**NOTA 3** Si en "2.2.a" la respuesta es 3 y ya corrigió el lugar de la atención en 2.2.b.1 verifique correspondencia entre derechohabiente (3.10 de hogar) y lugar de la atención (2.2.b.1 usuarios servicios) (ver cuadro de correspondencia). Si hay correspondencia, pase a 2.2 y si NO hay correspondencia pase a 2.2c. En caso de que el informante no sea derechohabiente (pregunta 2.2.b, Código 10) y no hay correspondencia con el lugar de la atención, pasa a la pregunta **2.2.c.1**.

**NOTA 4** Si en "2.2.a" la respuesta es 4 y ya corrigió la derechohabiente en 2.2.b y el lugar de la atención en 2.2.b.1 verifique correspondencia entre 2.2.b (derechohabiente) y 2.2.b.1 (lugar de la atención) de este cuestionario (ver cuadro de correspondencia). Si hay correspondencia, pase a 2.2 y

si NO hay correspondencia pase a 2.2c. En caso de que el informante no sea derechohabiente (pregunta 2.2.b, Código 10) y no hay correspondencia con el lugar de la atención, pasa a la pregunta **2.2.c.1**.

**ENTREVISTADOR(A): permita que el/la entrevistado(a) conteste de forma espontánea hasta los tres motivos más importantes, no lea las respuestas. Para cada una, asigne una respuesta de la lista a partir de lo que le explicó y corrobore con el/la entrevistado(a).**

SELECCIONE MÁXIMO 3 CÓDIGOS

Opción 1                      Opción 2                      Opción 3  
                                             

**2.2.c ¿Por qué motivos no se/te atendió/atendiste en el lugar que le/te correspondía ir por su/tu derechohabencia?**

**2.2.c.1 ¿Por qué motivos no se/te atendió/atendiste en el centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud?**

Distancia	Servicio no disponible o ya atendido	Percepción calidad atención/instalaciones/ equipo
01 Está muy lejos el lugar donde me toca ir	05 No tienen el servicio que necesito	10 No me gusta la atención que dan/no son amables
Citas/horarios	06 Mi necesidad de salud ya está siendo atendida por un médico privado	11 En general no confío en el diagnóstico /tratamiento
02 No había servicio en el horario en que lo necesitaba	Pagos/costos	12 No me gustan las instalaciones/equipo del lugar
03 Me dan cita dentro de mucho tiempo	07 Me hacen pagar consultas, medicamentos, laboratorios, otros	13 Otro (especifique)
04 Me tengo que formar para recibir una ficha para que me den cita	Tiempos de espera/consulta	99 No sabe
	08 El tiempo de espera para pasar a consulta es muy largo	u0202CUA, u0202CUB, u0202CUC u0202ce u02021CUA, u02021CUB, u02021CUC u02021e
	09 No dedican suficiente tiempo a la consulta	

**Cualquier respuesta en pregunta 2.2.c pasa a 2.2.d**

**Cualquier respuesta en pregunta 2.2.c.1 pasa a 2.2.d.1**

**ENTREVISTADOR(A): permita que el/la entrevistado(a) conteste de forma espontánea hasta tres opciones, NO lea las respuestas. Asigne una respuesta de la lista a partir de lo que le comentó y corrobore con el/la entrevistado(a).**

SELECCIONE MÁXIMO 3 CÓDIGOS

Opción 1                      Opción 2                      Opción 3  
                                             

**2.2.d ¿Qué tendría que cumplirse para que usted/tu(Nombre) acudiera(s) al lugar que te/le corresponde por su/tu derechohabencia?**

**2.2.d.1 ¿Qué tendría que cumplirse para que usted/tu(Nombre) acudiera(s) al centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud?**

Distancia	Servicio no disponible o ya atendido	Percepción calidad atención/instalaciones/equipo
01 si hubiera una clínica/ hospital/ centro de salud más cerca para atenderme	05 si tuvieran el servicio que necesito	10 si fueran amables
Citas/horarios	06 si mi necesidad de salud pudiera ser atendida como lo está haciendo mi médico privado	11 si dieran un buen diagnóstico /tratamiento
02 si hubiera el servicio en el horario en que lo necesito	Pagos/costos	12 si las instalaciones/equipo del lugar estuvieran bien
03 si me dieran una cita pronto	07 si no tuviera que pagar consultas, medicamentos, laboratorios u otros	13 No acudiría en ninguna circunstancia
04 si no tuviera que formarme para recibir una ficha para que me den cita	Tiempos de espera/consulta	14 Otro (especifique)
u0202DUA, u0202DUB, u0202DUC u0202De u02021DUA, u02021DUB, u02021DUC u0202d1e	08 si el tiempo de espera para pasar a consulta no fuera muy largo	99 99 No sabe
	09 si dedicaran suficiente tiempo a la consulta	

**2.2 ¿Por qué motivos se/te atendió/atendiste en este lugar?**

u0202UA, u0202UB, u0202UC  
 u0202e

**ENTREVISTADOR(A): La primera respuesta debe ser espontánea por parte del entrevistado(a) (no leer las respuestas).**

Después de esa primera respuesta espontánea, pregunte ¿Algún otro motivo? Si hay otro, registre dos más como máximo y use las opciones de respuesta.

SELECCIONE MÁXIMO 3 CÓDIGOS

Opción1                      Opción 2                      Opción 3  
 |\_\_|\_\_|                      |\_\_|\_\_|                      |\_\_|\_\_|

**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

**Calidad**

- Le atienden rápido..... 10
- Le gusta cómo lo(a) atienden..... 11

**Hábito**

- Ya tenía cita..... 12
- Conoce al prestador de servicios de salud..... 13

**Recomendación**

- Vi publicidad de este sitio..... 14
- Me recomendaron este lugar/este prestador... 15
- Otro (especifique) ..... 16
- NS/NR..... 17

**2.3 En total, ¿cuánto gastó/gastaste en transporte para llegar al sitio en que le/te atendieron?**

MONTO: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

- No pagó..... 7777 u0203
- NS/NR..... 9999

**2.4 Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tardó/tardaste en llegar al lugar en donde le/te atendieron?**

HORAS:                      MINUTOS: |\_\_|\_\_|

- No sabe..... 99 99 u0204h  
u0204m

**2.5 Una vez en el lugar de atención, ¿cuánto tiempo aproximadamente tuvo/tuviste que esperar para que lo(a)/te atendieran por su/tu (mencione necesidad de salud)?**

HORAS: |\_\_|\_\_|                      MINUTOS: |\_\_|\_\_|

- No sabe..... 99 99 u0205h  
u0205m

**2.6 ¿Cuánto tiempo duró la consulta?**

**Solo para quien fue atendido(a) en consulta externa, no para quienes estuvieron hospitalizados**

HORAS: |\_\_|\_\_|                      MINUTOS: |\_\_|\_\_|

- No sabe..... 99 99 u0206h  
u0206m
- Atención hospitalaria, anote..... 88 88

**2.7 ¿Le/Te cobraron por la atención que recibió/recibiste?**

**ENTREVISTADOR(A):** Pregunta solo por el costo de la atención durante la consulta o los días que estuvo hospitalizado(a). No contemple estudios, medicamentos, traslados, alimentos, hospedaje.

SELECCIONE UN CÓDIGO

- Sí..... 1 u0207
- No..... 2
- NS/NR..... 9 } Pasa a 3.1

**2.8 ¿Cuánto le/te cobraron?**

MONTO: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

u0208

**III.MEDICAMENTOS**

**3.1 ¿Cuántos medicamentos diferentes le/te recetaron en la consulta o en la atención hospitalaria?**

Número |\_\_|\_\_|

- No le recetaron medicamentos..... 00 → Pasa a 4.1 u0301

**3.3 ¿Consiguió/Conseguiste todos los medicamentos?**

SELECCIONE UN CÓDIGO

- |                   |   |              |
|-------------------|---|--------------|
| Sí, todos.....    | 1 | <b>u0303</b> |
| No, ninguno.....  | 2 | → Pasa a 4.1 |
| Sólo algunos..... | 3 |              |
| NS/NR.....        | 9 | → Pasa a 4.1 |

**3.4 ¿Dónde los consiguió/conseguiste?**

PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN

- |   |   |
|---|---|
| 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 |

**u0304A, u0304B, u0304C, u0304D, u0304E1, u0304e**

**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) PASE A 4.1  
SI LA RESPUESTA EN 3.3 ES “NS/NR”, PASA A 4.1**

**3.6 ¿Cuánto pagó/pagaste por lo medicamentos que consiguió/conseguiste?**

MONTO: | | | |

- |              |      |              |
|--------------|------|--------------|
| No pagó..... | 7777 | <b>u0306</b> |
| NS/NR.....   | 9999 |              |

**IV. ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE**

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

SELECCIONE UN CÓDIGO

- |            |   |              |
|------------|---|--------------|
| Sí.....    | 1 | <b>u0401</b> |
| No.....    | 2 |              |
| NS/NR..... | 9 |              |
- Pasa a 4.6

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

SELECCIONE UN CÓDIGO

- |                   |   |              |
|-------------------|---|--------------|
| Sí, todos.....    | 1 | <b>u0402</b> |
| No, ninguno.....  | 2 |              |
| Sólo algunos..... | 3 |              |
| NS/NR.....        | 9 | → Pasa a 4.6 |

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

SELECCIONE 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 |

**u0403A  
u0403B  
u0403C  
u0403D  
u0403E1  
u0403F  
u0403e**

**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/pagaste por los exámenes de laboratorio o gabinete que se/te realizó/realizarán?**

MONTO: | | | |

- |              |      |              |
|--------------|------|--------------|
| No pagó..... | 7777 | <b>u0405</b> |
| NS/NR.....   | 9999 |              |

**4.6 Aparte de lo que ya me dijo/dijiste, ¿tuvo/tuviste otros gastos por atenderse/atendiste o por la atención?**

SELECCIONE UN CÓDIGO

- |            |   |              |
|------------|---|--------------|
| Sí.....    | 1 | <b>u0406</b> |
| No.....    | 2 |              |
| NS/NR..... | 9 |              |
- Fin de la entrevista

