

**I. CONSTANCIA DE LA APLICACIÓN**

**Encuestador:** anotar las claves asignadas por el INEGI al estado, municipio y localidad

A. Estado

B. Municipio

C. Localidad

Folio de la encuesta

D. Nombre de la Jurisdicción: \_\_\_\_\_

E. Clave de la jurisdicción/ Región: \_\_\_\_\_

F. Clave CLUES de la Unidad de Salud:

G. Nombre de la Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

H. Fecha de levantamiento

| Día                  |                      | Mes                  |                      | Año |   |   |   |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|---|---|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 2   | 0 | 1 | 8 |

I. Hora de inicio de aplicación   :

J. Hora de término de la aplicación   :

**Nombre del Personal de Salud que respondió el Cuestionario y que avala el llenado de la Constancia de aplicación del Cuestionario**

El Cuestionario deberá aplicarse al personal de salud que atiende a las familias PROSPERA (médico, enfermera o personal técnico en salud), de preferencia al médico.

Con la finalidad de evitar sesgo en la obtención de la información, sólo para las unidades de salud donde el Director **es el único médico** que atiende a las familias PROSPERA, él podrá responder este Cuestionario.

K. Nombre(s) : \_\_\_\_\_

L. Apellido paterno: \_\_\_\_\_

M. Apellido materno: \_\_\_\_\_

N. Cargo del Personal de Salud \_\_\_\_\_

| SELLO DE LA UNIDAD DE SALUD                |  |
|--|--|
|  |  |
| Anotar Nombre Firma de quien pone el sello |  |

O. ¿El personal de salud aceptó contestar la encuesta?

1) Sí

2) No

**Nombre del encuestador**

P. Nombre(s): \_\_\_\_\_

Q. Apellido paterno: \_\_\_\_\_

R. Apellido materno: \_\_\_\_\_

**ESTIMADO PERSONAL DE SALUD:** Esta constancia deberá ser presentada por los encuestadores; en ella se incluyen los datos de la unidad.

Deberá firmarse por el personal de salud que respondió el Cuestionario y deberá sellarse con los datos de la unidad.

El personal de salud deberá verificar los datos anotados en el apartado I. CONSTANCIA DE LA APLICACIÓN.

Al finalizar el levantamiento, el encuestador conservará una copia de la Constancia debidamente llenada, firmada y sellada y el personal de salud conservará otra.

**II. CUESTIONARIO PERSONAL DE SALUD**

**Encuestador: Anote la Clave CLUES de la Unidad de Salud con base en los registros**

Folio de la encuesta

F. . Clave CLUES de la Unidad de Salud:

**Encuestador: Registre la información del personal de salud que responde el cuestionario**

K. Nombre(s): \_\_\_\_\_

L. Apellido paterno: \_\_\_\_\_

M. Apellido materno: \_\_\_\_\_

N. Cargo del Personal de Salud \_\_\_\_\_

1. ¿Me podría decir, en términos generales, en qué consiste PROSPERA?

- 1) Si Contestó  
2) No Contestó

2. ¿Me podría mencionar qué tipos de apoyos para la salud otorga PROSPERA?

**Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta. Registre todas las que mencione.**

|   |    |
|---|----|
| Atención a la salud (Acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud/ 27 intervenciones del CAUSES)                 | 1  |
| Capacitación para el autocuidado de la salud (Talleres)   | 2  |
| Promoción de la mejor nutrición (Seguimiento nutricional)   | 3  |
| Suplemento alimenticio  | 4  |
| Promoción a la Afiliación al Seguro Popular   | 5  |
| Medicamentos asociados al Paquete Básico Garantizado de Salud y las 27 Intervenciones de Salud Pública del CAUSES | 6  |
| Estrategia del Desarrollo Infantil (Estimulación temprana)  | 7  |
| Otro _____  | 8  |
| No mencionó ninguno   | 99 |

3. ¿Ha recibido capacitación para proporcionar el Componente Salud a las familias PROSPERA?

- 1) Sí **PASE A 4**                      98) No sabe **PASE A 6**  
2) No **PASE A 6**                      99) No contestó **PASE A 6**

4. ¿En cuál de los siguientes temas le han capacitado?

**Encuestador:**

| Encuestador: leer todas opciones.   | Sí | No | No sabe | No Contestó |
|---|----|----|---------|-------------|
| a) Las 13 acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGs)                                       | 1  | 2  | 98      | 99          |
| b) Prevención y atención de la nutrición de los beneficiarios   | 1  | 2  | 98      | 99          |
| c) Suplementos Alimenticios   | 1  | 2  | 98      | 99          |
| d) Talleres comunitarios para el autocuidado de la salud  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| e) 27 Intervenciones de salud pública del CAUSES  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| f) Afiliación al Seguro Popular   | 1  | 2  | 98      | 99          |
| g) Formatos S1 / S1U, S2/ S2U   | 1  | 2  | 98      | 99          |
| h) Manejo de Tarjeteros de niños y mujeres  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| i) Manejo de gráficas de control nutricional  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| j) Indicadores PROSPERA (N-ISO y Puntos Centinela)  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| k) Derechos que tienen las familias beneficiarias en el componente de Salud                             | 1  | 2  | 98      | 99          |
| l) Compromisos que tienen las familias beneficiarias  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| m) Corresponsabilidades en el tema de salud que deben cumplir las beneficiarias para recibir los apoyos | 1  | 2  | 98      | 99          |
| n) Formatos SIS / SISPA   | 1  | 2  | 98      | 99          |
| o) Componente de Salud  | 1  | 2  | 98      | 99          |
| p) Otro _____   | 1  | 2  | 98      | 99          |

5. ¿Hace cuántos meses fue su última capacitación referente a temas relacionados con la atención en salud a las familias beneficiarias de PROSPERA?

- 98) No sabe  
99) No contestó

6. ¿Considera que la información que el personal de PROSPERA le da a los beneficiarios sobre el componente salud es: suficiente o insuficiente?

- 1) Suficiente                                      3) Ni suficiente ni insuficiente  
2) Insuficiente                                      98) No sabe  
99) No contestó

7. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra con la siguiente afirmación: "las beneficiarias de PROSPERA conocen adecuadamente sus derechos": totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo?

- 1) Totalmente de acuerdo                      4) Totalmente en desacuerdo  
2) De acuerdo                                      98) No sabe  
3) En desacuerdo                                      99) No contestó

8. En general, ¿con qué frecuencia cumplen los beneficiarios PROSPERA con sus corresponsabilidades (citas a consulta y talleres comunitarios para el autocuidado de la salud): siempre, casi siempre, rara vez o nunca?

- 1) Siempre    4) Nunca  
2) Casi siempre                                      98) No sabe  
3) Rara vez    99) No contestó

9. ¿Cuáles son los criterios que utiliza para no certificar la corresponsabilidad de la familia?

**Encuestador: Con cualquier respuesta diferente a las opciones 1, 2 y 3 registre "No sabe".**

|  |  |
|--|--|
| 1) Falta a consulta algún integrante de la familia                                 |  |
| 2) Falta del representante de la familia al taller comunitario para el autocuidado |  |
| 3) Falta a taller y a consulta algún integrante de la familia                      |  |
| 98) No sabe  |  |
| 99) No contestó  |  |

10. ¿Qué acciones realizan cuando identifica a familias que no asisten a la unidad a cumplir su corresponsabilidad?

**Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta. Registre todas las que mencione.**

|  |    |
|--|----|
| Mediante los Talleres Comunitarios de Salud retoma el tema de corresponsabilidades invitando a las familias a asistir a su atención médica y a los talleres comunitarios de salud.     | 1  |
| Se coordina con las vocales de salud para que inviten a las familias a cumplir con su corresponsabilidad en salud  | 2  |
| Cuando se les entrega el suplemento alimenticio se les recuerda que asistan a su atención médica y a los talleres comunitarios en salud para el cumplimiento de su corresponsabilidad. | 3  |
| El personal de salud realiza visita domiciliaria para invitar a las familias a que asistan a cumplir con su corresponsabilidad en salud  | 4  |
| Reportar a niveles superiores para gestionar apoyo del personal de PROSPERA para que refuercen el tema a través de MAPOS, sesiones, etc.   | 5  |
| Otro (especifique) _____   | 6  |
| Ninguna  | 7  |
| No sabe  | 98 |
| No contestó  | 99 |

11. ¿Qué tipo de certificación se realiza en la Unidad de Salud?

- 1) Manual (Formato S2) **PASE A 12**  
 2) Electrónica - Sistema de Certificación Electrónica de Corresponsabilidades (SICEC) **PASE A 15**  
 98) No sabe **PASE A 18**  
 99) No contestó **PASE a 18**

12. ¿Le ha faltado papelería de PROSPERA en los últimos 6 meses, para el registro y la certificación en salud de los beneficiarios? (Formatos S1 pre-llenados o formatos S2)

- 1) Sí **PASE 13**                      98) No sabe **PASE 18**  
 2) No **PASE 18**                      99) No contestó **PASE a 18**

13. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido que posponer la certificación de la corresponsabilidad en salud por no tener acceso a los formatos oficiales?

- 1) Sí                                      98) No sabe  
 2) No                                      99) No contestó

14. ¿Ha tenido que repetir el trabajo de la certificación por no contar con los formatos oficiales o porque tienen errores?

- 1) Sí **PASE 18**                      98) No sabe **PASE 18**  
 2) No **PASE 18**                      99) No contestó **PASE a 18**

15. En los últimos 6 meses ¿ha tenido dificultad en el acceso al Sistema de Certificación Electrónica de Corresponsabilidades (SICEC)?

- 1) Sí **PASE 16**                      98) No sabe **PASE 17**  
 2) No **PASE 17**                      99) No contestó **PASE a 17**

16. En los últimos 6 meses ¿ha tenido que posponer la certificación de la corresponsabilidad en salud por dificultad para acceder al Sistema de Certificación Electrónica de Corresponsabilidades (SICEC)?

- 1) Sí                                      98) No sabe  
 2) No                                      99) No contestó

17. ¿Ha tenido que repetir el trabajo de la certificación debido a que la información que aparece en el Sistema de Certificación Electrónica de Corresponsabilidades (SICEC) tiene errores?

- 1) Sí                                      98) No sabe  
 2) No                                      99) No contestó

18. En el bimestre más reciente, ¿cuánto tiempo le tomó hacer la certificación de corresponsabilidad de los beneficiarios de PROSPERA?

- a) Horas  
 b) Días  
 c) Semanas

19. ¿Ha recibido algún tipo de presión por parte de los beneficiarios para la certificación de corresponsabilidades?

- 1) Sí                                      98) No sabe  
 2) No                                      99) No contestó

20. En el último bimestre ¿ha contado con SUPLEMENTO ALIMENTICIO para dotar a todas(os) las niñas(os), mujeres embarazadas o en periodo de lactancia beneficiarias PROSPERA para quienes está indicado?

- 1) Sí                                      98) No sabe  
 2) No                                      99) No contestó

21. ¿En qué porcentaje las familias que deben de recibir suplemento alimenticio (niños menores de 5 años, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia) asisten bimestralmente a recogerlo?

**Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta.**

- 1) 100%                                  4) Menos del 80%  
 2) 90.00% - 99-99%                  98) No sabe  
 3) 80.00% - 89.99%                  99) No contestó

22. ¿Sabe por qué no asisten a recoger el suplemento alimenticio?

**Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta.**

- 1) No les agrada el sabor              6) Ningún miembro de la familia puede recogerlo  
 2) No les interesa                      7) No saben que deben ir por él  
 3) La unidad médica es lejana      8) Otro: \_\_\_\_\_  
 4) Gastan en transporte para asistir a la Unidad médica      98) No sabe  
 5) Trabajan y no pueden asistir a la unidad médica      99) No contestó

23. ¿Qué acciones realiza para favorecer que las familias que deben de recibir suplemento alimenticio, asistan a la unidad médica para recogerlo?

**Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta.**

- 1) Mediante talleres en los que recuerda la asistencia para recoger el suplemento.  
 2) Mediante recordatorios durante las consultas médicas  
 3) Entrega el suplemento cuando asisten a consultas médicas.  
 4) Otro \_\_\_\_\_

|   |    |    |           |   |    |        |
|---|----|----|-----------|---|----|--------|
| 26. ¿Me podría decir si este establecimiento cuenta con el siguiente MOBILIARIO para dar atención médica?<br><b>Encuestador: Leer todas las opciones.</b> |    |    |           | →Encuestador:<br><b>Sí se cuenta con el mobiliario, pregunte:</b> |    |        |
|   | Sí | No | No aplica | Sí  | No | Sierva |
| a) Asiento para el médico   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| b) Asiento para el paciente   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| c) Mueble para escribir   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| d) Mesa de exploración( <b>No aplica para Unidades Móviles</b> )  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| e) Mesa de mayo o similar ( <b>No aplica para Unidades Móviles</b> )  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| f) Guarda medicamentos, materiales o instrumental   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |

98) No sabe  
99) No contestó

24. ¿Cuenta con MATERIAL DE APOYO para los talleres comunitarios para el autocuidado de salud para los beneficiarios PROSPERA?

1) Sí  
2) No  
98) No sabe  
99) No contestó

25. ¿Actualmente cuenta con las claves de MEDICAMENTOS necesarias para otorgar la atención a beneficiarios PROSPERA? (Medicamentos del catálogo de PROSPERA exclusivamente)

1) Sí  
2) No  
98) No sabe  
99) No contestó

**Encuestador: Las preguntas 26, 27, 28, 29, 30 y 31 NO aplican para brigadas ni casas de salud. En ese caso, Pase a 32.**

|  |    |    |           |   |    |        |
|--|----|----|-----------|---|----|--------|
| 28. ¿Me podría decir si este establecimiento cuenta con el siguiente EQUIPAMIENTO para dar atención médica?<br><b>Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta.</b> |    |    |           | →Encuestador:<br><b>Sí se cuenta con el equipamiento, pregunte:</b> |    |        |
|  | Sí | No | No aplica | Sí  | No | Sierva |
| a) Baumanómetro  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| b) Estetoscopio de Pinard  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| c) Estetoscopio Biauricular  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| d) Estuche de diagnóstico  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| e) Báscula con estadímetro o similar. ( <b>No aplica para Unidades Móviles</b> )   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| f) Báscula neonatal o similar  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| g) Lámpara con haz direccional. ( <b>No aplica para Unidades Móviles</b> )   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| h) Cinta antropométrica  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| i) Estadímetro   | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| j) Infantómetro  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| k) Hemoglobímetro  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |
| l) Termómetro  | 1  | 2  | 3         | 1   | 2  |        |

| 30. ¿Me podría decir si este establecimiento cuenta con el siguiente INSTRUMENTAL para dar atención médica?<br><br><b>Encuestador: Leer todas las opciones de respuesta.</b> |    |    |           | →Encuestador:<br>Sí se cuenta con el instrumental, pregunte: |    |  |
|--|----|----|-----------|--|----|--|
|  | Sí | No | No aplica | Sí   | No |  |
| a) Pinza de disección  | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| b) Pinza tipo mosquito   | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| c) Porta aguja   | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| d) Riñón de 250 ml<br><b>(No aplica para Unidades Móviles)</b>   | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| e) Martillo percusor   | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| f) Pinza Pozi (para sujetar el cuello de la matriz)  | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| g) Tijera recta  | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| h) Mango para bisturí  | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |
| i) Espejos (vaginales) graves chicos, medianos y grandes   | 1  | 2  | 3         | 1  | 2  |  |

**III. Apartado sólo para el encuestador.**

R. Encuestador: Anote las observaciones que considere importantes con respecto a la aplicación de la encuesta.

\_\_\_\_\_

Nombre del encuestador

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

**MOSTRAR TARJETA N° 1**

32. ¿De manera global, cómo calificaría el proceso de atención médica que se otorga en esta unidad médica a los beneficiarios PROSPERA: muy buena, buena, mala o muy mala?

- 1) Muy mala                      3) Buena  
2) Mala                            4) Muy buena

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

33. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar el Programa PROSPERA en su componente salud? **(Encuestador: espere respuesta espontánea y registre todas las opciones que mencione el encuestado)**

|  |    |
|--|----|
| Infraestructura                                | 1  |
| Recursos Humanos                               | 2  |
| Equipamiento y Mobiliario                      | 3  |
| Medicamento                                    | 4  |
| Material de Curación                           | 5  |
| Capacidad de atención a las familias PROSPERA  | 6  |
| Material de comunicación de promoción de salud | 7  |
| Otro: _____                                    | 8  |
| No mencionó ninguno                            | 99 |