

**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"/> 2018

I. Hora de inicio de aplicación   :

J. Hora de término de la aplicación   :

**Encuestador:** indicar si usted revisó los siguientes documentos e insumos, que permiten el llenado del Cuestionario de Unidad de Salud

	Sí	No
1. Secretaría de Salud = Formato SIS – SS – 01P-Bis Registro diario de pacientes en consulta externa/ Formato SINBA-SIS-01-P Hoja Diaria de Consulta Externa  IMSS PROSPERA = Formato SISPA-SS-01P-Bis Hoja Diaria de Consulta Externa	1	2
2. Tarjeta de control del estado de nutrición del niño  Secretaría de Salud = SINBA-SIS-SS-18-P  IMSS PROSPERA = SISPA-SS-33P	1	2
3. Tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia  Secretaría de Salud = SINBA-SIS-SS-38-P  IMSS PROSPERA = SISPA-SS-34P	1	2
4. Formatos S1 / S1U	1	2
5. Medicamentos	1	2
6. Cronograma de Visitas (Sólo aplica para unidad móvil)	1	2

**Informantes**

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.

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

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

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

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

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

O. ¿El personal de salud aceptó contestar la encuesta?  
1) Sí  2) No

SELLO DE LA UNIDAD DE SALUD
En caso de no contar con sello, escribir el nombre de la unidad y CLUES
Anotar Nombre Firma de quien pone el sello

**Nombre del personal 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 de 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 UNIDAD 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. Tipo de unidad médica  
1) Móvil **PASE A 2** 2) Fija **PASE A 4**

**Encuestador: Solicite el cronograma de visitas o los registros.**

2. Revise el cronograma de visitas o los registros y anote los días programados de trabajo de la unidad móvil del mes anterior.

3. Revise el cronograma de visitas o los registros y anote el número de días laborados por la unidad móvil del mes anterior.

**Encuestador: En caso de que los días laborados sean menores a los días programados de trabajo (es decir, valor de respuesta 3 menor a respuesta 2), PASE a 3.1.**

**En caso de que los días laborados sean iguales a los días programados de trabajo (es decir, valor de respuesta 3 igual a respuesta 2), PASE a 6**

3.1. ¿Me podría comentar por qué razón existen días programados de trabajo que no laboró? **Enc: Espere respuesta espontánea y marque todas las que el entrevistado mencione**

1) Vacaciones	
2) Permiso	
3) Incapacidad	
4) Enfermedad	
5) Capacitación	
6) Actividades fuera de la unidad	
7) Entrega de información	
8) Reuniones laborales	
9) Cuestiones personales	
10) Otro(Especifique)	

**PASE a 6**

**Encuestador: Solicite el formato Hoja Diaria de Consulta Externa**

4. Del mes anterior, cuente el número de días registrados en el formato de la Hoja Diaria de Consulta Externa más los días que realizó actividades fuera de la unidad. Registre el total de días laborados.

5. Registre el número de días laborables del mes anterior:

**Encuestador: En caso de que los días laborados sean menores a los días laborables (es decir, valor de respuesta 5 menor a respuesta 4), PASE a 5.1.**

**En caso de que los días laborados sean iguales a los días laborables (es decir, valor de respuesta 5 igual a respuesta 4), PASE a 6**

5.1. ¿Me podría comentar por qué razón existen días programados de trabajo que no laboró? **Enc: Espere respuesta espontánea y marque todas las respuestas que el entrevistado mencione**

1) Vacaciones	
2) Permiso	
3) Incapacidad	
4) Enfermedad	
5) Capacitación	
6) Actividades fuera de la unidad	
7) Entrega de información	
8) Reuniones laborales	
9) Cuestiones personales	
10) Otro(Especifique)	

6. ¿Qué personal de salud da la consulta médica a las familias PROSPERA?

- 1) Médico (incluye médico pasante)
- 2) Enfermera
- 3) Otro(Especifique)

**Encuestador: Deberá mencionar al personal de salud que considere a los niños que en los últimos 6 meses se encontraban dentro del grupo de edad menor de 2 años o de 2 a 4 años y que cuenten con las tarjetas de control, aunque hayan salido de ese grupo de edad y pregunte:**

7. ¿La unidad médica realiza vigilancia del estado nutricional de los niños?  
1) Sí 2) No

**Encuestador: Revise los datos de los registros administrativos y confirme si la unidad médica realiza vigilancia del estado nutricional de los niños.**

**En el caso de que la respuesta en la Pregunta 7 sea 2) No y en los registros administrativos precargados en el dispositivo se tenga información de que la unidad médica sí realiza vigilancia del estado nutricional de los niños, PASE a 7.1.**

**En el caso de que la repuesta en la Pregunta 7 sea 1) Sí y la información precargada en el dispositivo sea congruente con los registros administrativos, PASE a 8.**

**En el caso de que la repuesta en la Pregunta 7 sea 1) Sí y la información precargada en el dispositivo NO sea congruente con los registros administrativos, PASE a 8. (Por desfase de tiempo puede haber niños de recién ingreso a control en la unidad de salud, aun no reportados en los Sistemas de información en Salud).**

**En el caso de que la respuesta en la Pregunta 7 sea 2) No y la información precargada en el dispositivo sea congruente con los registros administrativos, cuando no haya niños menores de 2 años y niños de 2 a 4 años PASE a 14.**

7.1. De acuerdo con la información en los registros administrativos [de los Sistemas de Información en Salud oficiales: SINBA-SIS/ SISPA] esta unidad cuenta con niños en control nutricional ¿Me podría decir por qué razón afirma que no? **Enc: Espere respuesta espontánea y anote las justificaciones mencionadas.**

8. Anote el número de niños menores de dos años que se tienen registrados para vigilancia de estado de nutrición.

0) Ninguno **PASE A 11**

Si la respuesta es mayor a 5, pase a 8.1. En otro caso, pase a 9

**Encuestador: Solicite 5 tarjetas control de niños menores de 2 años,**

8.1. ¿Le entregaron 5 tarjetas control de niños entre 0 y 2 años ?

1) Sí 2) No, entregaron menos de 5

**Encuestador: Solicite el número de tarjetas control de niños menores de 2 años,**

9. Número de tarjetas de control que cuentan con registro de peso, talla y clasificación del estado nutricional de los niños menores de 2 años beneficiarios de PROSPERA.

0) Ninguna

10. Número de tarjetas de control de niños menores de 2 años beneficiarios de PROSPERA entregadas por el personal de la unidad de salud

0) Ninguna

11. Anote el número de niños entre 2 y 4 años que se tienen registrados para vigilancia de estado de nutrición.

0) Ninguno **PASE A 14**

Si la respuesta es mayor a 5, pase a 11.1. En otro caso, pase a 12

**Encuestador: Solicite 5 tarjetas control de niños entre 2 y 4 años,**

11.1. ¿Le entregaron 5 tarjetas control de niños entre 2 y 4 años?

1) Sí 2) No, entregaron menos de 5

**Encuestador: Solicite el número de tarjetas control de niños entre 2 y 4 años,**

12. Número de tarjetas de control que cuentan con registro de peso, talla y clasificación del estado nutricional de los niños entre 2 y 4 años beneficiarios de PROSPERA

0) Ninguna

13. Número de tarjetas de control de niños entre 2 y 4 años beneficiarios de PROSPERA entregadas por el personal de la unidad de salud

0) Ninguna

**Encuestador: Deberá mencionar al personal de salud que considere a las mujeres embarazadas de los últimos 6 meses y que cuenten con las tarjetas de control, aunque hayan pasado como mujeres lactantes y pregunte:**

14. ¿La unidad médica realiza vigilancia del embarazo

1) Sí 2) No

**Encuestador: Revise los datos de los registros administrativos y confirme si la unidad médica realiza vigilancia del embarazo.**

**En el caso de que la respuesta en la Pregunta 14 sea 2) No y en los registros administrativos precargados en el dispositivo se tenga información de que la unidad médica sí realiza vigilancia del embarazo, PASE a 14.1.**

**En el caso de que la repuesta en la Pregunta 14 sea 1) Sí y la información precargada en el dispositivo sea congruente con los registros administrativos, PASE a 15.**

**En el caso de que la repuesta en la Pregunta 14 sea 1) Sí y la información precargada en el dispositivo NO sea congruente con los registros administrativos, PASE a 15. (Por desfase de tiempo puede haber mujeres embarazadas de recién ingreso a control en la unidad de salud, aun no reportadas en los Sistemas de información en Salud)**

**En el caso de que la respuesta en la Pregunta 14 sea 2) No y la información precargada en el dispositivo sea congruente con los registros administrativos, PASE a 17.1.**

14.1. De acuerdo con la información en los registros administrativos [de los Sistemas de Información en Salud oficiales: SINBA-SIS/ SISPA] esta unidad atiende a mujeres embarazadas ¿Me podría decir por qué razón afirma que no? **Enc: Espere respuesta espontánea y anote las justificaciones mencionadas.**

15. Anote el número de mujeres embarazadas que se tienen registradas para seguimiento.

0) Ninguna **PASE A 18**

Si la respuesta es mayor a 5, pase a 15.1. En otro caso, pase a 16

**Encuestador: Solicite 5 tarjetas de beneficiarias embarazadas**

15.1. ¿Le entregaron 5 tarjetas control de mujeres embarazadas y/o en lactancia?

1) Sí 2) No, entregaron menos de 5

**Encuestador: Solicite el número de tarjetas control de beneficiarias embarazadas**

16. Número de tarjetas de control de beneficiarias de PROSPERA con registro de peso, tensión arterial y fondo uterino.

0) Ninguna

17. Número de tarjetas de control de embarazadas beneficiarias de PROSPERA entregadas por el personal de la unidad de salud

0) Ninguna

**Encuestador: Solicite 20 formatos S1/S1-U para su revisión.**

17.1 ¿Existe evidencia física de, al menos, un formato S1/S1-U?

1) Sí **PASE A 18** 2) No **PASE A 24**

18. ¿La Unidad médica registra en los formatos S1 / S1-U la programación y asistencia a consultas?

1) Sí 2) No

19. Número de formatos S1 / S1-U con registro actualizado de la programación y asistencia a consultas.

0) Ninguna

20. Número de formatos S1 / S1-U entregados por el personal de la unidad de salud

0) Ninguno

21. ¿La Unidad médica registra en los formatos S1 / S1-U la programación y asistencia a talleres comunitarios?

1) Sí 2) No

22. Número de formatos S1 / S1-U con el registro de la programación y asistencia a talleres comunitarios para el autocuidado de la salud.

0) Ninguno

23. Número de formatos S1 / S1-U entregados por el personal de la unidad de salud

0) Ninguno

24. Número de claves existentes de Medicamentos asociados al Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGS) y a las 27 intervenciones de salud pública del CAUSES

0) Ninguno

--	--	--	--	--

25. Número de claves revisadas asociadas al Paquete Básico Garantizado (PBGS) y a las 27 intervenciones de salud pública del CAUSES

0) Ninguno

--	--	--	--	--

**III. Apartado sólo para el encuestador**

**R. Encuestador: Anote las observaciones que considere importantes con respecto a la aplicación de la encuesta, citando el reactivo al cual corresponden. Apóyese en su bitácora.**

---

---

**Nombre del encuestador**

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

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

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