

# **Data Collection Instruments Used in the Quality Assurance Project Operations Research Study on Client Satisfaction in Peru**

**Developed by the Quality Assurance Project in collaboration with the Max Salud Institute for High Quality Health Care**

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA DE SALIDA (Primera Ola) [Questionnaire for exit interview—first wave)]

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA DE SALIDA (Segunda Ola) [Questionnaire for exit interview—second wave)]

GUIA DE RECLUTAMIENTO PARA VISITA DE SEGUIMIENTO [Guide for recruiting follow-up visits]

FICHA VISITAS DE SEGUIMIENTO [Register of follow-up visits]

GUIA PARA LA ENTREVISTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO [Interview guide for follow-up visit]

GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES [Focus group guide]

GUIA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD [In-depth interview guide]

HERRAMIENTA PARA REUNIONES COMUNALES [Tool for leading community meetings]

REGISTRO DEL BUZON DE SUGERENCIAS Y QUEJAS [Suggestion and Complaint Box register]

GUIA DE VALIDACION EN GRUPO FOCAL DE LA HOJA PARA EL BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS [Focus group guide for validation of Suggestion and Complaint Box form]

**CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA DE SALIDA (Primera Ola)**

---

**1. DATOS DE BASE**

- 1.1. Entrevista #: \_\_\_\_\_ 1.2. Entrevistadora: \_\_\_\_\_
- 1.3. Fecha:      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 1.4. Clínica:    1. Balta  
                  Día    Mes    Año                    2. Urrunaga
- 1.5. Historia clínica #: \_\_\_\_\_ 1.6. Nombre de cliente: \_\_\_\_\_
- 

*Gracias por permitirnos hacerle esta entrevista. Las preguntas que le vamos a hacer son sobre la atención que recibió hoy. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y nos servirán para mejorar aún más los servicios de salud.*

**2. DATOS DE LA VISITA**

**2.1. ¿Cuál fue el motivo de su visita hoy?**

- |                         |                           |                                    |
|-------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| 1. Control pre-natal    | 5. Atención al parto      | 9. Dental                          |
| 2. Control pos-natal    | 6. Planificación familiar | 10. Farmacia                       |
| 3. Control de niño sano | 7. Papanicolau            | 11. Medicina general               |
| 4. Niño enfermo         | 8. Emergencia             | 12. Otro ( <i>indicar</i> ): _____ |

COMENTARIOS: (*especificar dolencias, enfermedades, exámenes, etc.*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.2. ¿Es esta la primera vez que se atiende en esta clínica?**

1. Sí (*marcar opción 4 para 2.2.1. y continuar con 3.1.*)
2. No

**2.2.1. ¿Con qué frecuencia se atiende: a menudo? de vez en cuando? o rara vez?**

1. A menudo    2. De vez en cuando    3. Rara vez    4. Primera vez

**3. ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO**

**3.1. ¿Tiene ud. alguna dificultad para venir a la clínica cuando lo necesita? (*pregunta asistida*)**

1. El horario de atención
2. Falta de movilidad
3. No tiene con quién dejar a personas a su cargo (padres, ancianos, hijos)
4. El costo de la consulta
5. El costo de los medicamentos/exámenes
6. Permiso del trabajo
7. Permiso de la pareja
8. Otro (*indicar*): \_\_\_\_\_
9. Ninguno

COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.2. ¿Tuvo cita para su consulta de hoy?**

1. Sí
2. No

**3.2.1. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendida/o? \_\_\_\_\_Horas    \_\_\_\_\_Minutos**

(*Si no esperó marcar opción 4 para 3.2.2. y continuar con 3.3.*)

**3.2.2. ¿El tiempo de espera le pareció demasiado largo? regular? o corto?**

1. Demasiado largo    2. Regular    3. Corto    4. No esperó

**3.3. ¿Pagó por su consulta hoy?**

1. Sí  
2. No (*marcar opción 4 para 3.3.1. y continuar con 3.3.2.*)

**3.3.1. El costo de la consulta le pareció: muy caro? regular? o barato?**

1. Muy caro    2. Regular    3. Barato    4. No pagó

**3.3.2. ¿Sabía ud. que podía recibir un descuento de acuerdo con su posibilidad de pagar?**

1. Sí  
2. No

**4. INTERACCION CON EL PERSONAL**

**4.1. ¿Tuvo alguna dificultad antes de ser atendido/a en su consulta? (*por ejemplo, en la puerta de ingreso, admision, caja, control de peso/presion, o asistencia social?*)**

1. Sí  
2. No (*continuar con 4.2.*)

**4.1.1. ¿Qué sucedió?**

---

---

- 4.2. ¿Quién le atendió hoy en su consulta?**
- |   |              |                            |                            |
|---|--------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico                         | <b>Sexo:</b> | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Enfermera                      |              | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Obstetriz                      |              | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Técnico                        |              | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Otro ( <i>indicar</i> ): _____ |              | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |

**Instrucciones:** En la siguiente sección, cuando la respuesta es **negativa** preguntar:

1. **¿Qué sucedió?** (*escribir respuestas en COMENTARIOS*)  
2. **Para ud., ¿esto es (1) muy importante?, (2) mas o menos importante?, o (3) no muy importante?** (*escribir numero correspondiente entre paréntesis*)

**4.3. El personal que la atendió hoy en consulta:**

- |  |       |       |        |
|--|-------|-------|--------|
| 1. La/lo saludó al recibirla/lo?                       | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 2. Respetó su privacidad?                              | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 3. La/lo trató amablemente?                            | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 4. Le dió suficiente tiempo para explicar su problema? | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 5. La/lo escuchó con interés?                          | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 6. Le explicó lo que tenía y como tratarse?            | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 7. Le explicó con palabras que entendió?               | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 8. Le preguntó si tenía alguna duda?                   | 1. Sí | 2. No | (    ) |
| 9. Le aclaró todas sus dudas?                          | 1. Sí | 2. No | (    ) |

**COMENTARIOS:**

---

---

---

---

**4.4. Para lo que se atendió hoy, ¿prefiere que el personal sea mujer? hombre? o no tiene preferencia?:**

1. Mujer
2. Hombre
3. No tiene preferencia (*continuar con 4.5.*)

**4.4.1. ¿Para ud., esta preferencia es muy importante? mas o menos importante? o no muy importante?**

1. Muy importante
2. Mas o menos importante
3. No muy importante

**4.5. Para lo que se atendió hoy, ¿le gustaría ser atendida/o por la misma persona o le da igual?**

1. Sí
2. No (*continuar con 4.6.*)
3. Le da igual (*continuar con 4.6.*)

**4.5.1. ¿Para ud., esto es muy importante? mas o menos importante? o no muy importante?**

1. Muy importante
2. Mas o menos importante
3. No muy importante

**4.6. ¿Tuvo alguna dificultad después de ser atendido/a en su consulta? (por ejemplo, en farmacia o en la toma de muestras)**

1. Sí
2. No (*continuar con 4.7.*)

**4.6.1. ¿Qué sucedió?**

---

---

**4.7. ¿Le gustaría agregar algo más sobre la atención que recibió hoy en la clínica?**

---

---

**5. SATISFACCION GENERAL DEL CLIENTE**

**5.1. ¿Qué es lo que le gusta de esta clínica?**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Personal amable                        | 10. Precios cómodos--consulta       |
| 2. Personal competente                    | 11. Precios cómodos--medicamentos   |
| 3. Personal inspira confianza             | 12. Cobran según lo que puede pagar |
| 4. Hay privacidad durante la consulta     | 13. Ambientes limpios               |
| 5. Trato personalizado                    | 14. Ambientes agradables            |
| 6. Tratamientos que curan                 | 15. Horario conveniente             |
| 7. Bien equipada                          | 16. Atención 24 horas               |
| 8. Cercanía/Fácil de llegar               | 17. Otro ( <i>indicar</i> ): _____  |
| 9. Atención rápida/No hacen esperar mucho |                                     |

**5.2. Todas las clínicas pueden tener problemas: ¿Qué es lo que no le gusta de esta clínica?**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. Personal poco amable                 | 9. No atienden rapido/hay colas    |
| 2. Personal incompetente                | 10. La consulta es cara            |
| 3. Personal no inspira confianza        | 11. Los medicamentos son caros     |
| 4. Falta de privacidad durante consulta | 12. Falta de higiene               |
| 5. Trato no personalizado               | 13. Ambientes estrechos            |
| 6. Tratamientos no hacen efecto         | 14. Horario no conveniente         |
| 7. Falta de equipos/medicamentos        | 15. No atienden 24 horas           |
| 8. Queda muy lejos/Difícil de llegar    | 16. Otro ( <i>indicar</i> ): _____ |

**5.3. ¿Qué sugerencias haría para mejorar esta clínica?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Ampliación del local                | 7. Aumentar el stock de medicinas en farmacia    |
| 2. Ampliación de los servicios         | 8. Bajar precios de consultas                    |
| 3. Más especialistas                   | 9. Bajar precios de medicamentos                 |
| 4. Cambiar horario de atención         | 10. Trato del personal administrativo más amable |
| 5. Disminuir tiempo de espera          | 11. Trato del personal médico más amable         |
| 6. Que se hagan análisis en la clínica | 12. Más privacidad                               |
|  | 13. Otros ( <i>indicar</i> ): _____              |

**6. COMPARACION DE MAXSALUD CON OTROS SERVICIOS DE SALUD**

**6.1. Además de MaxSalud, ¿ha utilizado otros servicios de salud para lo que se atendió hoy?**

1. Sí
2. No (*continuar con 7.1.*)

**6.1.1. ¿En comparación, son mejores, peores, or casi igual que MaxSalud?**

1. Mejores (*continuar con 6.1.2.*)
2. Peores (*continuar con 6.1.3.*)
3. Casi igual (*continuar con 7.1.*)

**6.1.2. ¿En qué forma son mejores?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.1.3. ¿En qué forma son peores?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. UTILIZACION DE MAXSALUD**

**7.1. ¿Qué tipo de atenciones dan aquí en MaxSalud?**

- |                         |                           |                                   |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. Control pre-natal    | 5. Atención al parto      | 9. Dental                         |
| 2. Control pos-natal    | 6. Planificación familiar | 10. Farmacia                      |
| 3. Control de niño sano | 7. Papanicolau            | 11. Medicina general              |
| 4. Niño enfermo         | 8. Emergencia             | 12. Otro ( <i>indicar</i> ) _____ |

**7.2. ¿Cuáles ha utilizado ud. y su familia?**

- |                         |                           |                                   |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. Control pre-natal    | 5. Atención al parto      | 9. Dental                         |
| 2. Control pos-natal    | 6. Planificación familiar | 10. Farmacia                      |
| 3. Control de niño sano | 7. Papanicolau            | 11. Medicina general              |
| 4. Niño enfermo         | 8. Emergencia             | 12. Otro ( <i>indicar</i> ) _____ |

**7.2.1. ¿Qué otro tipo de atenciones le gustaría que se proporcionara?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7.3. ¿Volvería a atenderse en esta clínica si lo necesita?**

1. Sí (*continuar con 7.4.*)
2. No **7.3.1. ¿Cuál es el motivo por el cual no volvería?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7.4. ¿Recomendaría esta clínica a otros?**

1. Sí *(continuar con 7.5.)*
2. No **7.4.1. ¿Qué la/lo llevaría a no recomendar esta clínica?**

---

---

**7.5. ¿Si tuviéramos alguna otra pregunta, ¿nos permitiría contactarla/lo?**

1. Sí **¿Cómo?** **Nombre:** \_\_\_\_\_
2. No **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Telefono:** \_\_\_\_\_  
**Día/Hora más apropiada:** \_\_\_\_\_

---

*Muchas gracias por su colaboración. (Llenar hoja de datos del cliente.)*

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA:**

*Esta hoja se llena después de la entrevista con datos del SIMAX.*

---

**8. DATOS DEL CLIENTE**

**8.1. Historia clínica #:**

**8.2. Nombre y apellidos:**

**8.3. Dirección:**

**8.4. Teléfono:**

**8.5. Sexo:**

**8.6. Edad:**

**8.7. Estado civil:**

**8.8. Nivel de estudios:**

**8.9. Ocupación:**

**8.10. Procedencia:**

**8.11. Fecha de inscripción:**

**8.12. Categoría de pago:**

**8.13. Como se enteró de MaxSalud:**

**8.14. Cuántas veces ha visitado la clínica:**

**8.15. Qué servicios ha utilizado:**

**8.16. Fecha de próxima cita:**



**3.2. ¿Hizo cita para su atención de hoy?**

1. Sí, por teléfono
2. Sí, personalmente
3. No

**3.3. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendida/o? \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos**

*(Si no esperó marcar opción 4 para 3.4. y continuar con 3.5.)*

**3.4. ¿Qué le pareció el tiempo de espera?**

1. Demasiado largo
2. Regular
3. Corto
4. No esperó

**3.5. ¿Qué le pareció los precios de las atenciones que recibió hoy?**

1. Caro *(continuar con 3.5.1.)*
2. Regular
3. Barato
4. No pagó *(especificar razón: \_\_\_\_\_)*

**3.5.1. ¿Qué le pareció caro?**

1. Consulta
2. Medicamentos
3. Análisis

**4. INTERACCION CON EL PERSONAL**

**4.1. ¿Tuvo alguna dificultad antes de ser atendida/o en su consulta? *(por ejemplo, en la puerta de ingreso, admision, caja, control de peso/presion, o asistencia social?)***

1. Sí
2. No *(continuar con 4.2.)*

*Si la respuesta es afirmativa, preguntar:*

**4.1.1. ¿Qué pasó?**

---

---

**4.2. ¿Quién le atendió hoy en su consulta?**

1. Médico
2. Enfermera
3. Obstetrix
4. Técnico

**4.2.1. Sexo del personal:**

1. Femenino
2. Masculino

**4.3. El personal que le atendió hoy en su consulta:**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. La/lo saludó al recibirla/lo?                          | 1. Sí | 2. No |
| 2. La/lo trató amablemente?                               | 1. Sí | 2. No |
| 3. Dejó entrar otras personas mientras que la/lo atendía? | 1. Sí | 2. No |
| 4. Le dió suficiente tiempo para explicar su problema?    | 1. Sí | 2. No |
| 5. La/lo escuchó con interés?                             | 1. Sí | 2. No |
| 6. Le explicó claramente lo que tenía y como tratarse?    | 1. Sí | 2. No |
| 7. Le aclaró todas sus dudas?                             | 1. Sí | 2. No |

*En casos negativos, preguntar:*

**4.3.1. ¿Qué paso? ¿Cómo se sintió?**

---

---

**4.4. Para lo que se atendió hoy, ¿prefiere que el personal sea mujer? hombre? o no tiene preferencia?:**

1. Mujer
2. Hombre
3. No tiene preferencia

**4.5. ¿Le gustaría ser atendida/o por la misma persona o le da igual?**

1. Sí
2. No
3. Le da igual

**4.6. ¿Tuvo alguna dificultad después de ser atendida/o en su consulta? (por ejemplo, en farmacia o en la toma de muestras)**

1. Sí
2. No

*Si la respuesta es afirmativa, preguntar:*

**4.6.1. ¿Qué pasó?**

---

---

**5. SATISFACCION GENERAL DEL CLIENTE**

**5.1. ¿Qué es lo que le gusta de esta clínica?**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Personal amable                | 13. Precios cómodos--consulta             |
| 2. Personal competente/capacitado | 14. Precios cómodos--medicamentos         |
| 3. Personal inspira confianza     | 15. Precios cómodos--análisis             |
| 4. Personal explica bien          | 16. Cobran según lo que puede pagar       |
| 5. Personal tiene paciencia       | 17. Atención 24 horas/horario conveniente |
| 6. Tratamientos que curan         | 18. Atención rápida                       |
| 7. Hay especialistas              | 19. Está bien organizada                  |
| 8. Bien equipada                  | 20. Ambientes limpios/higiénicos          |
| 9. Farmacia a la mano             | 21. Ambientes agradables                  |
| 10. Laboratorio a la mano         | 22. Tiene comodidades                     |
| 11. Cercanía/Fácil de llegar      | 23. Otra: <i>(especificar)</i> : _____    |
| 12. Buena ubicación/buena zona    | 24. Ninguna                               |

**5.2. Todas las clínicas pueden tener problemas: ¿Qué es lo que no le gusta de esta clínica?**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 1. Personal poco amable               | 13. La consulta es cara                                |
| 2. Personal incompetente              | 14. Los medicamentos son caros                         |
| 3. Personal no inspira confianza      | 15. Los análisis son caros                             |
| 4. Personal no explica bien           | 16. Recetan muchos análisis                            |
| 5. Personal no tiene paciencia        | 17. No atienden 24 horas/Horario no conveniente        |
| 6. Tratamientos no hacen efecto       | 18. No atienden rápido/Demora mucho                    |
| 7. Faltan especialistas               | 19. No respetan orden de llegada                       |
| 8. Faltan equipos                     | 20. Falta de higiene                                   |
| 9. Faltan medicamentos                | 21. Ambientes estrechos/congestionados                 |
| 10. Análisis se sacan en otro centro  | 22. No tiene comodidades: <i>(especificar)</i> : _____ |
| 11. Queda muy lejos/Difícil de llegar | 23. Otra <i>(especificar)</i> : _____                  |
| 12. Zona es peligrosa/Falta seguridad | 24. Ninguna  |

**5.3. ¿Qué sugerencias haría para mejorar esta clínica?**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Trato del personal administrativo más amable | 9. Bajar precios de consultas          |
| 2. Trato del personal médico más amable         | 10. Bajar precios de medicamentos      |
| 3. Más especialistas/especialidades             | 11. Bajar precios de análisis          |
| 4. Aumentar el stock de medicinas               | 12. Cambiar horario de atención        |
| 5. Que se hagan análisis en la clínica          | 13. Disminuir tiempo de espera         |
| 6. Más equipos                                  | 14. Ampliación del local               |
| 7. Movilidad más cerca al local                 | 15. Otra ( <i>especificar</i> ): _____ |
| 8. Más seguridad                                | 16. Ninguna                            |

**6. UTILIZACION DE MAXSALUD**

- 6.1. ¿Cómo se enteró de MaxSalud?**
- |                   |                                       |
|-------------------|---------------------------------------|
| 1. Familia        | 6. Bolantes/perifoneo                 |
| 2. Amigos/Vecinos | 7. Avisos en Radio                    |
| 3. Promotor/a     | 8. Avisos en T.V.                     |
| 4. Vive cerca     | 9. Otro ( <i>especificar</i> ): _____ |
| 5. Letreros       |                                       |

**6.2. ¿Qué tipo de atenciones dan aquí en MaxSalud? ¿Para qué se puede venir a esta clínica?**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. Medicina general         | 12. Salud Niño (general)                |
| 2. Pediatría                | 13. Inmunizaciones—niños                |
| 3. Ginecología              | 14. Control de Crecimiento y Desarrollo |
| 4. Odontología              | 15. Programa EDA                        |
| 5. Obstetricia (general)    | 16. Programa IRA                        |
| 6. Control pre-natal        | 17. Tratamiento de TBC                  |
| 7. Control pos-natal        | 18. Tratamiento de Malaria              |
| 8. Atención al parto        | 19. Emergencia                          |
| 9. Planificación familiar   | 20. Farmacia                            |
| 10. Papanicolau             | 21. Laboratorio                         |
| 11. Inmunizaciones--mujeres | 22. Otros ( <i>especificar</i> ): _____ |

**6.3. ¿Qué otro tipo de atenciones le gustaría que se proporcionara?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.4. ¿Volvería a atenderse en esta clínica si lo necesita?**

1. Sí (*continuar con 6.5.*)  
2. No **6.4.1. ¿Cuál es el motivo por el cual no volvería?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.5. ¿Recomendaría esta clínica a otros?**

1. Sí (*continuar con 6.6.*)  
2. No **6.5.2. ¿Por qué no recomendaría esta clínica?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.6. ¿Le gustaría agregar algo más sobre la atención que recibió hoy?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su colaboración. (Llenar hoja de datos del cliente.)**

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA: (continuar a la vuelta)**

*Esta hoja se llena al final de la entrevista.*

---

## 7. DATOS DEL CLIENTE

7.1. *Anotar Sexo del Cliente:* 1. F  
2. M

7.2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *Anotar Edad:* \_\_\_\_\_

*Anotar a cuál grupo de edad pertenece:*

1. Menores de 18
2. Entre 18 y 30
3. Mayores de 30

7.3. ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltera/o 4. Separada/o  
2. Casada/o 5. Divorciada/o  
3. Conviviente 6. Viuda/o

7.4. ¿Tiene hijos? 1. Sí 7.4.1. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
2. No

7.5. ¿Qué nivel de estudios ha alcanzado?

- |                          |                                |            |
|--------------------------|--------------------------------|------------|
| 1. Primaria incompleta   | 5. Superior técnica incompleta | 9. Ninguno |
| 2. Primaria completa     | 6. Superior técnica completa   |            |
| 3. Secundaria incompleta | 7. Universitaria incompleta    |            |
| 4. Secundaria completa   | 8. Universitaria completa      |            |

7.6. ¿Dónde vive? 1. Chiclayo  
2. José Leonardo Ortiz  
3. Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

7.7. ¿Desde cuándo vive allí? \_\_\_\_\_

7.8. ¿Está trabajando actualmente? 1. Sí 7.8.1. ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_  
2. No

*Si es casada/o o conviviente, preguntar:*

7.9. ¿Y su pareja? 1. Sí 7.9.1. ¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_  
2. No trabaja

7.10. ¿Le dieron fecha para su próxima cita? 1. Sí *Anotar Fecha:* \_\_\_\_\_  
2. No

7.11. ¿Si tuviéramos alguna otra pregunta, ¿nos permitiría contactarla/lo?

1. Sí ¿Cómo? Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
2. No Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Día/Hora más apropiada: \_\_\_\_\_

---

*Muchas gracias por su colaboración.*

HORA FINAL \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ a.m.  
p.m.  
DURACION DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ minutos

## GUIA DE RECLUTAMIENTO PARA VISITA DE SEGUIMIENTO

---

- Visita domiciliaria (o llamada telefónica) para seleccionar las personas al azar que se visitará
- Entrevistadora se presenta indicando motivo de la visita:

Completar la información que gentilmente nos brindó sobre su consulta en la clínica \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del presente mes.

Recordarle a la persona la entrevista de salida que se le hizo luego de su visita a la clínica \_\_\_\_\_ de MaxSalud, en la que consultó a un/a \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_.

*Cerciorarse de que la persona está en sintonía e identifica bien la entrevista de salida que se le hizo.*

1. ¿Ha regresado a la clínica \_\_\_\_\_ desde entonces?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Si la respuesta es sí, pasar a las preguntas 2 y 3,** agradecerle su disponibilidad para la entrevista de salida y no contar con ella para la entrevista de seguimiento para impedir la contaminación de la visita más reciente con los datos de la consulta en la que le hicieron la entrevista de salida.

**Si la respuesta es no, pasar a las preguntas 4 y 5** y concertar cita para la entrevista de seguimiento.

### ***Preguntas para aquellos que sí han regresado a la clínica:***

2. ¿Cuál fue el motivo de esta última visita?

\_\_\_ Seguimiento  
\_\_\_ Recoger resultados de análisis  
\_\_\_ Reacción adversa a los medicamentos recetados  
\_\_\_ Aclaración de dudas con respecto al tratamiento indicado  
\_\_\_ Acompañamiento de otra/o cliente a la clínica  
\_\_\_ Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

3. ¿Salió satisfecho/a de esta última visita? (*Indagar qué sucedió para que se sintiera satisfecho/a o insatisfecho/a*). (Registrar textualmente la respuesta)

---

---

---

---

---

***Le agradecemos de nuevo su preciosa colaboración.***

**Preguntas para aquellos que no han vuelto a la clínica desde la última vez--en que se les hizo la entrevista de salida:**

4. ¿Le dieron fecha para su próxima cita?

- Sí (indicar fecha) \_\_\_\_\_  
 No  
 No recuerda

5. Nos gustaría encontrarlo/a para conocer mejor su opinión sobre la clínica de MaxSalud que visitó. ¿Cuándo podríamos encontrarla/o? ¿Qué hora es la más conveniente para ud.? Podríamos encontrarla/o en su casa si es conveniente para ud. o en cualquier otro lugar que ud. prefiera.

Si es posible, tratar de realizar la entrevista de seguimiento inmediatamente, si resulta conveniente para el/la entrevistado/a. Si no, fijar cita para la misma semana.

- La persona acepta visita de seguimiento  
 La persona no acepta visita de seguimiento

(especificar por qué)

---

---

Si la persona acepta la visita de seguimiento llenar la ficha correspondiente (ver página siguiente) y los “datos de base” en la guía de preguntas que utilizará durante la visita. Si la persona no acepta la visita de seguimiento registrar el o los motivos en la ficha.



## GUIA PARA LA ENTREVISTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO

---

### 1. DATOS DE BASE *(Llenar antes de la visita)*

- 1.1. Seguimiento de la entrevista # \_\_\_\_\_
- 1.2. Fecha en que se concertó la visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 1.3. Fecha en que se realiza la visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 1.4. Entrevistadora: \_\_\_\_\_
- 1.5. Cliente de la clínica:            \_\_\_ Balta            \_\_\_ Urrunaga
- 1.6. Historia clínica #: \_\_\_\_\_
- 1.7. Nombre y apellidos del cliente: \_\_\_\_\_
- 1.8. Dirección: \_\_\_\_\_
- 1.9. Teléfono: \_\_\_\_\_

---

***Agradecer a el/la cliente por la entrevista. Pedir permiso para grabar la entrevista. Asegurar el/la cliente que se mantendra la confidencialidad de los datos que nos brinda.***

### 2. DATOS DE LA VISITA

- 2.1. ¿Recuerda con qué motivo fue a la clínica en la ocasión que la entrevistaron?
- 2.2. ¿Con qué frecuencia se atiende en MaxSalud?

### 3. ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO

- 3.1. ¿Le parece que la clínica está a su alcance? *(¿Tiene alguna dificultad para ir cuando lo necesita?)*
- 3.2. ¿Le pareció que la/lo atendieron dentro de un tiempo razonable?
- 3.3. ¿Qué le parece el precio que pagó por las atenciones que recibió ese día?

### 4. INTERACCION CON EL PERSONAL

- 4.1. ¿Tuvo alguna dificultad antes de entrar a su consulta? *(Por ejemplo en la puerta de ingreso, admisión, caja, control de peso/presión, o asistencia social?)*
- 4.2. En su ultima consulta me mencionó ud. que fue atendido por un/a \_\_\_\_\_, ¿es eso correcto?
- 4.3. ¿Cómo se sintió con el personal que la/lo atendió en consulta? *(Pedir ejemplos.)*
- 4.4. Cuénteme cómo fue su consulta. *(Indagar sobre la interacción durante la consulta: el trato y la comunicación, esp. la explicación del tratamiento y si el/la cliente entendió todo y salió sin dudas.)*
- 4.5. ¿Hubiera preferido que la/lo viera otro tipo de personal? *(¿A qué se debe esta preferencia?)*
- 4.6. ¿Tuvo alguna dificultad después de salir de su consulta? *(Por ejem., en farmacia o toma de muestras?)*

## 5. SATISFACCION DEL/A CLIENTE

- 5.1. ¿Cómo se ha sentido después de su última visita a la clínica \_\_\_\_\_? (*¿A gusto? ¿disgustado/a? ¿seguro/a? ¿con dudas?, etc. ¿Qué le ha hecho sentirse así?*)
- 5.2. ¿Hay algo que le gusta de la clínica? (*¿Qué es lo que le gusta? Pedir ejemplos.*)
- 5.3. ¿Hay algo que no le gusta de la clínica? (*¿Qué es lo que no le gusta? Pedir ejemplos.*)
- 5.4. A raíz de su última visita, ¿piensa ud. que hay algo que se debe mejorar en la clínica? (*¿Qué sugerencias tiene ud. para mejorar la atención en la clínica? ¿Cómo le gustaría que fuera MaxSalud?*)
- 5.5. ¿Llenó la hoja de sugerencias al salir de la clínica? (*¿La ha llenado alguna vez?*)
  - 5.5.1. Si fue así, ¿siente que su sugerencia ha sido tomada en cuenta?
  - 5.5.2. Si no la llenó, ¿piensa que hubiera podido llenarla con alguna sugerencia o comentario? (*¿Por qué no la llenó?*)
- 5.6. ¿Encuentra que es un medio adecuado para obtener opiniones de los clientes? ¿Sugiere algún otro?
- 5.7. ¿Cómo son otros servicios de salud (estatales o privados) en comparación con MaxSalud? (*Indagar si hay servicios de salud que son mejores que MaxSalud y en que forma son mejores. Pedir ejemplos. Indagar si hay servicios de salud que son peores que MaxSalud y en que forma son peores. Pedir ejemplos.*)

## 6. UTILIZACION DE MAXSALUD

- 6.1. ¿En que situaciones acude ud. y su familia a MaxSalud? (*Pedir ejemplos*)
- 6.2. ¿Qué otros tipos de atenciones se puede recibir en MaxSalud? (*Indagar que servicios conoce.*)
- 6.3. ¿Qué mas le gustaría que ofrezcan?
- 6.4. ¿Volvería a atenderse en MaxSalud si lo necesita?
- 6.5. ¿Ha recomendado la clínica a otros? (*¿Qué lo/la ha llevado a recomendar o no recomendar*)
- 6.6. ¿Tiene algún otro comentario sobre la atención que recibió, el personal que la/lo atendió, el ambiente u otros aspectos de la clínica?

***Muchas gracias de nuevo por su valiosa colaboración.***

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA:**

## GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES

### OBJETIVOS:

1. Identificar las dimensiones de satisfacción e insatisfacción de los clientes de MaxSalud que participen en los grupos focales.
2. Explorar cuáles son las necesidades por las cuales acuden a MaxSalud y si éstas son satisfechas o no.
3. Identificar las preferencias de los clientes de MaxSalud en lo que se refiere a servicios y personal.
4. Explorar las percepciones que tienen los participantes de un servicio privado y sin fines de lucro como MaxSalud (su conveniencia o no, su utilidad, su eficiencia y eficacia, etc.) en comparación a otros centros o servicios de salud existentes en la comunidad.
5. Explorar algunos de los significados de “calidad de atención” que los clientes de MaxSalud manejan para evaluar explícita o implícitamente MaxSalud.
6. Identificar las expectativas de los clientes de MaxSalud con respecto al servicio y su personal.

## GUIA DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCALES

**Pedir a los participantes que se presenten: si es posible hacer una dinámica de presentación (vgr. presentación en pares) para romper el hielo. Explicar el motivo de la reunión y hacer algunas preguntas de calentamiento para que las/los participantes se sientan en confianza y a gusto. Pedir permiso para grabar el grupo focal. Asegurar confidencialidad de la conversación.**

**Preguntar a los participantes y anotar sus nombres, edades, cuantas veces han asistido a MaxSalud, y que servicios han utilizado.**

### 1. UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

- 1.1. Cuando uds. o alguien de sus familias no se sienten bien, ¿qué hacen?

*Indagar la preponderancia del uso de medicina tradicional o de otro tipo de servicio de salud ya sea estatal o privado. Explorar en que situaciones van a MaxSalud y en que situaciones van a otra persona/centro. Explorar los motivos por esas decisiones.*

### 2. ACCESIBILIDAD

- 2.1. ¿Hay algún motivo que no le permite asistir a la clínica cuando lo necesitan?

*Indagar si existen problemas de horario, trato del personal, precios, ubicación, etc. que puedan impedir el uso de los servicios de MaxSalud.*

### 3. SATISFACCION DE LOS CLIENTES

- 3.1. ¿Cómo se han sentido cuando han visitado MaxSalud? Cuéntenme sus experiencias. ¿Cómo los atendieron? ¿Cómo fueron sus consultas?

*Indagar, sin ser directivos, las dimensiones de satisfacción preponderantes: qué personal los trató y cómo los trató, si les dieron medicamentos que necesitaban, si les facilitaron el transporte, si no tuvieron que esperar mucho para que los atiendan, si el personal les inspiraba confianza, si tenían fe en la competencia del prestador de servicios, etc.*

*Si hay personas que han dejado de ir, indagar los motivos por la cual ya no van.*

### 4. GUSTOS Y PREFERENCIAS

- 4.1. ¿Qué es lo que más les gusta de la clínica de MaxSalud a la que van?

*Alentar a que los participantes se expresen libremente. Indagar si hay algún tipo de servicio o personal que prefieren y las características de esos servicios y/o personal. No nos interesa tener nombres.*

- 4.2. ¿Qué es lo que menos les gusta de la clínica de MaxSalud a la que acuden?

*Dejar que los participantes se expresen libremente. Indagar si hay algún tipo de servicio o personal a la cual nunca acudirían. Indagar temores, desconfianza, malas experiencias pasadas, etc.*

## 5. EMPODERAMIENTO DEL/A CLIENTE

- 5.1. ¿Sienten que tienen derecho a reclamo o a queja en MaxSalud? ¿Alguna vez han usado la caja de sugerencias o presentado una queja en MaxSalud? ¿Qué sugerencias/quejas han tenido? ¿Sienten que ha habido seguimiento a sus sugerencias y/o que se ha dado solución a sus quejas?

## 6. COMENTARIOS Y RUMORES

- 6.1. ¿Qué es lo que dice la gente acerca de MaxSalud? ¿Qué han escuchado con respecto a las clínicas y la atención que se brinda allí? ¿Esto ha influido en su elección de clínica o de servicio para hacerse ver? ¿De qué manera?

*Indagar si la influencia ha sido positiva o negativa. En este último caso, averiguar si lo que han escuchado ha sembrado dudas/temores a algún nivel con respecto al servicio o al personal de MaxSalud.*

## 7. COMPARACIÓN CON OTROS CENTROS

- 7.1. ¿Cómo son otros servicios de salud (estatales o privados) en comparación con MaxSalud? ¿En qué forma son mejores? En qué forma son peores?

*Indagar las características de diferentes servicios de salud y las dimensiones de satisfacción/insatisfacción, tanto tangibles como de orden socio-afectivo.*

## 8. LA NOCIÓN DE CALIDAD DE ATENCION

- 8.1. ¿Han escuchado el slogan 'MaxSalud con calidad y economía'? ¿Qué piensan del slogan? ¿Refleja lo que les ofrece MaxSalud? ¿En qué los hace pensar las palabras 'calidad de atención'?

*Indagar la noción de calidad de atención para los clientes actuales de MaxSalud. Si es necesario, hacer un paralelo con comprar un producto en el mercado. Indagar como deciden si un producto es de calidad buena, regular, o mala calidad.*

## 9. EXPECTATIVAS

- 9.1. Si estuviera aquí presente la máxima autoridad de MaxSalud que le pedirían para que su visita a MaxSalud sea ideal?

*Indagar si lo que se debería o podría mejorar según los participantes, está más ligado a elementos de orden socio-afectivo o a elementos tangibles. Explorar si lo que pedirían los clientes está más relacionado a los servicios, al personal o a ambos.*

## GUIA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

### DATOS DE BASE

#: \_\_\_\_\_  
Entrevistadora: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

*Enfatizar que su opinión es muy importante para mejorar la atención de la clínicas MaxSalud. Es muy importante solicitar el consentimiento de la persona para hacerle la entrevista y para grabarla. Igualmente, se le debe reasegurar en cuanto al anonimato y la confidencialidad de la conversación que se sostendrá con el/la.*

**1. SIGNIFICADO DE LA SALUD** (para contextualizar las respuestas con respecto a la satisfacción/insatisfacción del/a cliente)

- 1.1. ¿Cómo esta la salud de ud. y de su familia?
- 1.2. ¿Cómo se cuidan usted y su familia de las enfermedades?

**2. RECURSOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SERVICIOS**

- 2.1. ¿Qué hace ud. cuando no se siente bien? ¿Adónde va primero?
- 2.2. ¿Cuál es el motivo por el cual decide ir a esa persona (puede ser curandero o familiar) o servicio de salud?

**3. UTILIZACIÓN DE Y EXPERIENCIAS EN MAXSALUD**

- 3.1. ¿Cuál fue la razón por la cual decidió ir a MaxSalud?
- 3.2. ¿Sigue yendo a hacerse ver en MaxSalud?  
*Si la respuesta es afirmativa, ¿A cuál de las clínicas acude? ¿Qué es lo que lo/la hace regresar a esa clínica de MaxSalud? Cuéntame sus experiencias en MaxSalud.*  
*Si la respuesta es negativa, ¿Y piensa regresar a MaxSalud en el futuro?*  
*Si la respuesta es no, indagar las razones por la cuál no regresaría. Indagar sobre las experiencias que ha tenido en MaxSalud.*
- 3.3. ¿Cómo describiría MaxSalud? Si alguien le pregunta “¿Cómo es MaxSalud?” ¿qué le dice?

#### 4. GUSTOS Y PREFERENCIAS

4.1. ¿Qué es lo que no le gusta de la clínica Max Salud?

4.2. ¿Hay algo de la clínica Max Salud que le gusta?

*Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué es lo que más le gusta de la clínica?*

*¿Algún servicio? ¿Cuál? ¿podría describirlo? (indagar por qué)*

*¿Algún tipo de personal en particular? (enfermera/o, doctor/a, promotora, etc No nos interesa tener nombres.) ¿Cuál? ¿podría describirlo? (indagar por qué)*

#### 5. EXPECTATIVAS CON RESPECTO A MAX SALUD

5.1. ¿Cómo le gustaría que fuera la atención de Max Salud?

¿Piensa ud. que hay cosas que mejorar en la clínica de Max Salud?

*Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuáles? ¿Cómo las mejoraría?*

*Si la respuesta es negativa, ¿Puede explicarme por qué piensa así?*

#### 6. COMENTARIOS Y RUMORES

6.1. ¿Alguna vez ha conversado con otra persona sobre Max Salud?

*Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué es lo que le comentó?*

*Si la respuesta es negativa, indagar si MaxSalud no ha sido tema de conversación en ningún momento.*

6.2. ¿Qué tipo de comentarios ha escuchado con respecto a MaxSalud?

*¿De cuál de las clínicas hablaban? ¿Estaba ud. de acuerdo con el comentario hecho?*

*¿En qué tipo de contexto se escuchan comentarios sobre los servicios de MaxSalud? (en la sala de espera de la clínica, en otros centros de salud, en el mercado, en la calle, entre amigos?)*

#### 7. COMPARACIÓN DE MAXSALUD CON OTROS SERVICIOS DE SALUD

7.1. ¿Cómo es MaxSalud en comparación a otros servicios de salud?

¿Considera que otros servicios de salud son mejores que MaxSalud?

*Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué lo hace pensar que sean mejores? ¿Puede darme algún ejemplo?*

*Si la respuesta es negativa, ¿Qué lo hace pensar que MaxSalud es mejor? ¿Puede ilustrar lo que me está diciendo con ejemplos?*

#### 8. SOBRE LA ENTREVISTA

8.1. ¿Le gustaría agregar algo a lo que acabamos de conversar?

8.2. ¿Qué les pareció las preguntas que le he hecho hoy? ¿Le gustaría que le hagan alguna otra pregunta?

→→→ *Llenar datos de base y socio-demográficos*

→→→ *Esta hoja se llena al final de la entrevista*

## **DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

Sexo:

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cuál es su estado civil?

¿Con quiénes vive?

¿Tiene hijos?

*Si la respuesta es sí, ¿cuántos?*

¿Cuántos años de estudios ha cursado?

¿Desde cuándo vive aquí?

*Si la persona ha vivido en otro(s) lugar(es), ¿Dónde nació? ¿En qué otros lugares ha vivido?*

¿Está trabajando actualmente? ¿A qué se dedica? (¿Y su pareja?)

---

***Muchas gracias por su colaboración.***

## Herramienta para Reuniones Comunales

# 00000

**Observadora:**

**Fecha:**

**Lugar:**

**Tema de la Reunión:**

**Facilitador/a:** (*promotor/a, dirigente, exponente, etc.*)

**# de Participantes:**     **F** \_\_\_\_\_  
                                  **M** \_\_\_\_\_

**Palabra(s) Claves:**

---

**Notas Descriptivas:** Descripción de lo observado  
(*una descripción detallada sobre los procesos y el contenido de los diálogos, características y comportamientos de los participantes, y ambiente de la reunión*)

(*guiarse por el: Quién, Qué, Cómo, Cuándo, y Por qué*)

**Notas Analíticas:** Interpretación  
(*comentarios sobre contenidos recurrentes, posibles hipótesis, o otras esquemas para organizar la información recogida durante la reunión comunal*)

**Notas Metodológicas:** Observaciones  
(*reflexiones sobre el proceso de colección de datos, técnicas de observación, y además sobre propios valores o prejuicios que pueden haber sesgado la información recolectada*)



**GUIA DE VALIDACION EN GRUPO FOCAL:  
Hoja para el buzón de quejas y sugerencias**

**Introducción:**

**Su opinión es importante**

Durante su visita a Max Salud :

1º COMO LO TRATARON EN: (Marque con una X)

	BIEN	NO BIEN
Puerta de Ingreso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Admisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Control de Peso/Presión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma de muestra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de partes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2º QUE LE PARECIÓ: (Marque con una X)

	BIEN	NO BIEN
Local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precio de consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precio de Medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precio de Análisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explicación de su tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nos interesa su opinión**  
Para poder seguir mejorándonos mejor cada día.

¿En que servicio se atendió?

Fecha    Hora

**Escriba su opinión**

Es una queja  Es una sugerencia

Si desea déjenos sus datos

nombre

dirección

teléfono

Gracias por su colaboración por favor deposite esta hoja en nuestro buzón de sugerencias.

**Max Salud**  
INSTITUTO DE ALTA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

7. ¿Tienen alguna sugerencia de cambios que deban hacerse?
8. ¿Qué podemos hacer para que la hoja sea más fácil de entender y más agradable?

**Agradecer su participación. Enfatizar que sus opiniones contribuirán a mejorar el producto final.**