

SECCIÓN 0: DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE

- 1 ¿Recibió atención o información en este centro o establecimiento de salud a partir de enero de 2022, teniendo entre 10 y 19 años al momento de la consulta? 1 Si → **Si la respuesta es No, TERMINA LA ENCUESTA** 2 No
- 2 Edad (años cumplidos) años 3 Género: 1 Masculino 2 Femenino 3 Otros
- 4 ¿Tienes alguna discapacidad? Sí No → **Si la resp. es No, pasar a 6** 5 ¿Cuál?: _____
- 6 Nivel educativo alcanzado 1 Ninguno 4 Técnico (medio o superior)
 2 Primaria 5 Superior (licenciatura, maestría, doctorado)
 3 Secundaria 6 Otro
- 7 Estado Civil: Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/a

SECCIÓN 1: CONOCIMIENTO Y PERTINENCIA DE SERVICIOS "AIDA"

- 1 Antes de 2022, usted había buscado acceder a servicios de salud sexual y reproductiva? (por ejemplo, de información o acceso a métodos anticonceptivos, tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual, etc.) Sí, y los conseguí.
 Sí, pero no encontré.
 No → **Si la resp. es No, pasar a 3**
- 2 ¿Qué tan fácil diría usted que era acceder a estos servicios relacionados a salud sexual y reproductiva antes de 2022? Muy fácil Fácil
 Ni fácil ni difícil Difícil
 Muy difícil
- 3 ¿Conoce usted sobre los tipos de atención que brinda el servicio AIDA? ¿Cuáles? (Selec. Múltiple)
 No conozco ninguno Consejería Atención Integral Anticonceptivos
 Tratamiento de ITS Sexualidad Salud Mental
- 4 ¿Alguna vez recibió información sobre los servicios AIDA? ¿Dónde? (Selec. Múltiple)
 En mi Unidad Educativa De otros/as adolescentes Otro (especifique): _____
 De mis padres En un centro de salud No recibí información
- 5 ¿Sabe los días y horarios de atención del servicio AIDA? Sí No

SECCIÓN 2: VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ADAPTADOS E INTEGRALES

- 1 Nombre del establecimiento o centro de salud donde recibió atención:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 3 C.S.A. Mercedes | <input type="checkbox"/> 29 San Pedro Bajo | <input type="checkbox"/> 51 Villa Israel Puncara |
| <input type="checkbox"/> 7 C.S.A. Ventilla | <input type="checkbox"/> 33 Villa Nuevo Potosí | <input type="checkbox"/> 59 C.S. San Juan de Dios |
| <input type="checkbox"/> 13 C.S.A. Ceja El Alto - CRA | <input type="checkbox"/> 38 C.S. Integral 1ro de Mayo | <input type="checkbox"/> 60 C.S. Quintanilla |
| <input type="checkbox"/> 23 El Rosal | <input type="checkbox"/> 45 Kara Kara | <input type="checkbox"/> 64 C.S. Huayllani |
- 2 ¿Qué le parece la ubicación del servicio AIDA al que accedió?
 Muy buena Buena Indiferente Mala Muy mala
- 3 ¿Qué le parecen los horarios de atención del servicio AIDA al que accedió?
 Muy buenos Buenos Indiferente Malos Muy malos

SECCIÓN 3: ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ADAPTADOS E INTEGRALES

1 ¿Cuál fue el motivo de su consulta? (Selec. Múltiple)

<input type="checkbox"/>	1 Acceso o información a métodos anticonceptivos modernos	<input type="checkbox"/>	4 Tratamiento para ITS
<input type="checkbox"/>	2 Atención o prevención del embarazo	<input type="checkbox"/>	5 Sexualidad
<input type="checkbox"/>	3 Consejería	<input type="checkbox"/>	6 Salud mental
		<input type="checkbox"/>	7 Otro (especif.): _____

2 ¿Cuál fue el motivo principal por el cual decidió acceder a ese establecimiento de salud en específico?

<input type="checkbox"/>	Cercanía (zona)	<input type="checkbox"/>	No conozco otros	<input type="checkbox"/>	Por el personal de salud
<input type="checkbox"/>	Calidad de los ambientes	<input type="checkbox"/>	Tiempo de espera bajo	<input type="checkbox"/>	Otro (especif.): _____

3 En una escala de 1 a 5, ¿qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre el servicio AIDA? (Donde 1: Nada de acuerdo, 5: Completamente de acuerdo)

<input type="checkbox"/>	1 El personal de salud brinda atención médica confidencial y respetuosa en relación con la salud sexual y reproductiva.
<input type="checkbox"/>	2 El personal de salud demuestra elevados conocimientos durante la atención.
<input type="checkbox"/>	3 Los insumos y/o equipos utilizados permiten brindar una atención integral y adaptable.
<input type="checkbox"/>	4 El tiempo de espera para ser atendido es adecuado.

4 ¿Considera que los ambientes físicos del servicio AIDA fueron agradables? Sí → **Si la resp. es No, pasar a 6**

5 ¿Por qué? _____

6 ¿Se le negó algún servicio que solicitó? Sí No → **Si la respuesta es No, pasar a 8**

7 ¿Cuál? _____

8 ¿Usted recibió información relacionada a métodos anticonceptivos modernos? (Preservativos, dispositivos intrauterinos, técnicas de esterilización y anticonceptivos orales, inyectables y de emergencia). 1 Sí 2 No → **Si la respuesta es No, pasar a 12**

9 En una escala de 1 a 10, donde 1 es muy baja calidad y 10 es muy buena calidad, ¿cómo calificaría la información recibida de los métodos anticonceptivos modernos?

10 ¿Cree que se debería mejorar la información y educación sobre salud sexual y reproductiva en el Servicio AIDA donde le atendieron? 1 Sí 2 No → **Si la respuesta es No, pasar a 12**

11 ¿Por qué? _____

12 ¿Usted recibió o tuvo acceso a métodos anticonceptivos modernos? (Preservativos, dispositivos intrauterinos, técnicas de esterilización y anticonceptivos orales, inyectables y de emergencia). 1 Sí 2 No → **Si la respuesta es No, pasar a 14**

13 ¿Estos métodos fueron los de su preferencia y le fueron propiamente explicados? (uso, efectos secundarios, etc) 1 Sí 2 No

14 En algún momento de su consulta, ¿se sintió discriminado/a por motivo de género, discapacidad u orientación sexual? 1 Sí 2 No

15 ¿Qué acciones sugeriría para mejorar el servicio brindado en los AIDA por el centro o establecimiento de salud?

SECCIÓN FINAL: SOLO PARA EL/LA ENCUESTADOR/A

1 Municipio	<input type="checkbox"/> 21 La Paz	<input type="checkbox"/> 31 Cochabamba	2 Código del centro de salud	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 22 El Alto	<input type="checkbox"/> 32 Sacaba		
3 Código de encuestador(a)	<input type="text"/>	4 N de encuesta	<input type="text"/>	5 Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>