



Bolivia

Output: Servicios
ENCUESTA DIRIGIDA A JÓVENES
(ESTABLECIMIENTOS DE SALUD)



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

| | | |
|---|---|---|
| <p>1 ¿Cuál fue el motivo de su consulta? (Selec. Múltiple)</p> <p><input type="checkbox"/> Cercanía (zona)</p> <p><input type="checkbox"/> Calidad de los ambientes</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 Acceso o información a métodos anticonceptivos modernos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Atención o prevención del embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Consejería</p> | <p><input type="checkbox"/> 4 Tratamiento para ITS</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Sexualidad</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Otro (especif.): _____</p> |
|---|---|---|

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"/> |