

*Evaluación del Programa de Salud Integral
de la Mujer*

*Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario*

Introducción:

La Unión de Ciudades contra la Pobreza, otorgó a la ciudad de Rosario un subsidio para evaluar el desempeño del Programa de Salud Integral de la Mujer y poder así identificar puntos críticos en el proceso de atención, dificultades para la accesibilidad y adherencia a métodos anticonceptivos de mujeres en edad reproductiva, necesidades de educación e información a la población en la temática, necesidades de capacitación de los equipos, necesidades de equipamiento e infraestructura de los servicios, etc. Se propone también que esta metodología de evaluación y estas conclusiones puedan replicarse en otras ciudades y comunas de Argentina.

A los fines de la realización de la investigación evaluativa, se designó un Equipo Coordinador, responsable del diseño, implementación y monitoreo del proyecto en los distintos servicios de salud municipales.

El Equipo esta integrado por:

Beatriz Martinelli - Directora General de Programación de Salud – Secretaría de Salud Pública
Guillermo Carroli - Director de la Maternidad Martin
Marcelo Raffagnini - Director Maternidad Hospital Roque Saenz Peña
Gustavo Englander - Sub-Director Atención Primaria de la Salud –
Alicia Aronna - Directora de Estadística – Secretaría de Salud Pública
Sandra Gerlero - Instituto de Investigación y Formación en Salud Pública
Juan Lazarte.

Objetivos del Estudio

Objetivo General:

Evaluar las estrategias de intervención relativas a la promoción, prevención y asistencia en salud sexual y reproductiva en la población de mujeres que concurren a los servicios de salud municipales, según sus concepciones y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Objetivos Específicos:

- 1- Construir el perfil socio-epidemiológico de la población en edad reproductiva vinculada a los servicios de salud seleccionados durante el período del estudio.
- 2- Describir la accesibilidad de las mujeres en edad reproductiva a los métodos anticonceptivos disponibles identificando barreras socioculturales y organizacionales que pudieran influir con la misma.
- 3- Analizar la adherencia de las mujeres en edad reproductiva a los métodos anticonceptivos y caracterizar sus prácticas en relación con el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- 4- Comprender y caracterizar las significaciones y prácticas sociales relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarios de los servicios de salud municipales.

Metodología:

El estudio se realizará a través de la aplicación de encuestas a las mujeres usuarias de los Centros de Salud, encuestas a las mujeres que egresan de las maternidades municipales (por atención del parto y por complicaciones de abortos) y encuestas en población general.

Servicios Seleccionados:

Centros de Salud de la ciudad de Rosario pertenecientes a los diferentes distritos en los que se encuentra dividida la ciudad (*Distrito Norte:* Centro de Salud Dr. Salvador Mazza, Centro de Salud 1 de Mayo; *Distrito Noroeste:* Centro de Salud

Roque Coulin, Centro de Salud San Martín; Distrito Oeste: Centro de Salud Eva Duarte, Centro de Salud Luchemos por la Vida; Distrito Sudoeste: Centro de Salud Santa Teresita, Centro de Salud Las Flores; Distrito Sur: Centro de Salud Las Heras; Distrito Centro: Centro de Salud Martín) y en 2 Maternidades Municipales (Maternidad Martín y Maternidad del Hospital Roque Saenz Peña). La encuesta se aplicará también en población general que reside en las áreas de influencia de estos Centros de Salud.

Estrategias de relevamiento de información

El estudio utilizará las siguientes estrategias de relevamiento de información:

- Encuesta Poblacional (a mujeres y varones entre 10 a 54 años residentes en el área de referencia de los efectores seleccionados)
- Encuesta a Usuarias de los Centros de Salud (mujeres entre 10 a 54 años usuarias de los servicios de salud seleccionados)
- Encuesta a Usuarias de las Maternidades (mujeres entre 10 a 54 años que atienden sus partos en las maternidades municipales)
- Entrevistas a mujeres que egresan de las maternidades municipales como consecuencia de abortos realizados en condiciones de riesgo.

Actividades desarrolladas:

Antes de iniciar la tarea de campo fue necesario acordar con los equipos asistenciales de las Maternidades y Centros de Salud los objetivos de la investigación y la modalidad de la misma.

A tal fin se realizaron 3 talleres de discusión con la participación del equipo coordinador del Proyecto e integrantes de los equipos de los Servicios de Salud participantes del mismo. El primer taller se llevó a cabo el 7 y 8 de Julio de 2005 realizándose el primer día una Capacitación a cargo de la Licenciada Silvina Ramos, Directora del Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES) de Buenos Aires. El CEDES fue la institución responsable de desarrollar un monitoreo de las políticas de salud reproductiva en la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires. El segundo día del taller se realizó la presentación de la Encuesta Poblacional, la cual

fue discutida en dos grupos para finalmente realizar una puesta en común con la corrección de los puntos correspondientes y la elaboración de una Encuesta Poblacional definitiva. (Anexo I)

El segundo taller se realizó el 12 de Agosto de 2005 donde se llevó a cabo la presentación de la Encuesta a Usuaris de los Centros de Salud, se evaluó en forma conjunta cada punto de la misma acordándose diferentes modificaciones.

Entre el segundo y tercer taller se realizaron dos actividades:

- 1- Encuentro entre los Coordinadores del Proyecto, los Jefes de las 2 Maternidades participantes y las trabajadoras sociales de las mismas para elaborar, teniendo como base la Encuesta a Usuaris de los Centros de Salud, la Encuesta a Usuaris de las Maternidades
- 2- Prueba piloto en los 10 Centros de Salud participantes de la Encuesta a Usuaris de Centros de Salud

El tercer taller se llevó a cabo el 16 de Septiembre de 2005 donde se expusieron los obstáculos e inconvenientes encontrados durante la prueba piloto de aplicación de la Encuesta a Usuaris de Centros de Salud. Se acordaron las modificaciones pertinentes y se elaboró la Encuesta definitiva a Usuaris de Centros de Salud. (Anexo II)

También se acordaron modificaciones a la Encuesta a Usuaris de Maternidades para que las dos sean uniformes. (Anexo III)

Durante el mes de octubre de 2005 se realizó una reunión entre el equipo Coordinador y la Empresa Encuestadora seleccionada con el fin de realizar la presentación de las tres encuestas y que de esta manera la empresa realice la diagramación de las mismas y efectúe el cálculo del tamaño muestral.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2005 y enero, febrero y marzo de 2006 se aplicaron las encuestas en terreno, (centros de salud y maternidades), y estamos en estos momentos procesando y analizando la información relevada.

Asimismo se están aplicando las encuestas a mujeres internadas en las maternidades como consecuencia de abortos en condiciones de riesgo y próximamente se aplicarán las encuestas en población general.

Los resultados parciales obtenidos al momento están siendo discutidos y analizados con los equipos asistenciales de Maternidades y Centros de Salud, a fin de detectar puntos críticos en el proceso de atención, dificultades para el acceso y adherencia a métodos anticonceptivos, necesidades de equipamiento e infraestructura en los servicios, etc.

Se agregan en Anexos las encuestas que se aplicaron a las usuarias de Centros de Salud, a las usuarias de las Maternidades Municipales y la encuesta a aplicar en población general.

ANEXO I
ENCUESTA POBLACIONAL

PROYECTO DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Población en edad reproductiva residente en áreas de responsabilidad de los Centros de Salud Municipales

La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud está realizando un estudio para evaluar la utilización y aceptabilidad de las acciones de salud de la población con relación a su salud sexual y reproductiva.

Su participación es absolutamente voluntaria y anónima por lo que no implica ninguna modificación en su atención habitual. Por el contrario puede contribuir al mejoramiento de las prestaciones brindadas por los establecimientos de salud municipales.

Consentimiento oral: Acepta Si No

Nº de encuesta:

Nombre del encuestador: _____

Nombre del supervisor: _____

Fecha supervisión: ____/____/____

Datos personales

Nombre: _____ Inicial del Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad (en años cumplidos): _____ Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Barrio: _____ Tiempo de residencia en el barrio: _____ Años/Meses

Localidad de nacimiento: _____

Nivel de instrucción:

Sin instrucción		1
Primaria	Incompleta	2
	Completa	3
Secundaria	Incompleta	4
	Completa	5
EGB1	Incompleta	6
	Completa	7
EGB2	Incompleta	8
	Completa	9
EGB3	Incompleta	10
	Completa	11
Polimodal	Incompleta	12
	Completa	13
Terciario	Incompleta	14
	Completa	15
Universitario	Incompleta	16
	Completa	17
NS/NC		98

Cobertura de salud: **RM - guiada con tarjeta**

1. Obra Social
 2. PAMI
 3. Mutual
 4. Solo servicio de urgencia

5. Servicio de urgencia y visitas a domicilio
 6. Pre-paga
 7. No tiene cobertura
 8. Ns/Nc

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A1. Tipo de vivienda: **RU - guiada**

1. Casa
 2. Vivienda en zona de villa
 3. Complejo habitacional (FONAVI)

4. Construcción no destinada a zonas habitacionales
 5. Otra. Especificar: _____
 8. Ns/Nc

A2. Material predominante: **RU - guiada**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Ladrillos/Bloques | <input type="checkbox"/> | 4. Mezcla de materiales precarios | <input type="checkbox"/> |
| 2. Chapas | <input type="checkbox"/> | 5. Mezcla de materiales no precarios | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cartón o desecho | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

A3. Número de habitaciones de la vivienda de uso exclusivo : _____ 8. Ns/Nc
(No se incluye baño, cocina, lavadero/ patio)

A4. Número de habitaciones de la vivienda que se usan para dormir: _____ 8. Ns/Nc

A5. Tiene baño instalado? 1. Si 2. No (*pase a A6*) 8. Ns/Nc (*pase a A6*)

A5.1. **Si la respuesta es si**, ¿este dónde se ubica?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Dentro de la vivienda | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fuera de la vivienda | <input type="checkbox"/> | 9. No corresp | <input type="checkbox"/> |

A5.2. **Si tiene baño**, este es de uso:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Exclusivo | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 2. No exclusivo | <input type="checkbox"/> | 9. No corresp | <input type="checkbox"/> |

A6. ¿Su casa tiene:

A6.1. Agua corriente? 1. Si 2. No 8. Ns/Nc

A6.2. Gas natural? 1. Si 2. No 8. Ns/Nc

A6.3. Electricidad? 1. Si 2. No 8. Ns/Nc

A7. Con quién vive actualmente?

Orden	Viven en la casa		Edad	Sexo	Trabaja?			Ocupación	¿Recibe subsidio, plan, etc?		¿Aporta dinero ya sea por limosna, trabajo?		¿Quién es el Principal Sostén del Hogar?
	Nombre	Parentesco			Si	No	Ns/Nc		Si	No	Si	No	
1	Entrevistada/o	-----											
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Para completar el casillero de ocupación:

- | | |
|---------------------------|--|
| 1- Empleada doméstica | 4- Cirujero |
| 2- En microemprendimiento | 5- Otra actividad (especificar en columna Ocupación) |
| 3- Changas | 9- No corresponde |

A8. Algún menor de 10 años ayuda al sostenimiento de la vivienda con dinero producto de trabajo o de limosna?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

A9. Quien realiza las tareas domesticas principalmente? _____ (*especificar N° de miembro*)

A10. Quien cuida a los niños? _____ (*especificar N° de miembro*)

A11. Quien se ocupa de la salud familiar? _____ (especificar N° de miembro)

A12. Lazos sociales del entrevistado: **RM - guiada**

Participa en:

- 1. Clubes
- 2. Iglesias
- 3. Vecinales
- 4. Cooperativas

- 5. Organizaciones no gubernamentales
- 6. Otros. Especificar: _____
- 7. No participa en ninguna actividad

B. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DEL ENTREVISTADO/A

B1. Lugar(es) a los que concurre para la atención de su salud: **RM - guiada con tarjeta**

- 1. Centro de Salud
- 2. Hospital
- 3. Consultorios privados
- 4. PAMI
- 5. Sanatorio

- 6. Farmacia
- 7. Servicios no tradicionales: _____
- 8. Otros: _____
- 9. Ninguno
- 98. Ns/Nc

B2. Indique cuál de todos los lugares señalados por usted es al que concurre con mayor frecuencia: **RU**

B3. ¿A quién consulta más habitualmente? (**Indicar rol/profesión**): _____

B4. Indique los dos motivos por los que concurre más frecuentemente al lugar de atención de salud que Ud. Nombró (Pedir que jerarquice por orden de importancia):

- 1. _____
- 2. _____

B5. Mencione para cada motivo la frecuencia de concurrencia al lugar de atención:

Motivos	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Semestral	Anual	Otra periodic.	Ns/Nc
Motivo 1								
Motivo 2								

B6. ¿La/o atiende siempre la misma persona / profesional al lugar donde Ud. concurre con mayor frecuencia?

- 1. Si
- 2. No
- 8. Ns/Nc

B7. ¿Tiene asignado un médico de referencia en el lugar de atención donde Ud. concurre más frecuentemente?

- 1. Si
- 2. No
- 8. Ns/Nc

B8. ¿Concurre al lugar de atención por otros motivos que no sean problemas de salud?

- 1. Si
- 2. No
- 8. Ns/Nc

B8.1. **Si contesta que sí**, especifique los motivos: _____

B9. ¿Como calificaría la atención que recibe en el lugar que Ud. concurre con más frecuencia?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala
- 6. Muy mala
- 8. Ns/Nc

B9.1. Especifique por qué la califica así: _____

B10. Del siguiente listado, ¿cuáles cree usted que son problemas de salud en el barrio y cuáles a nivel personal?
RM - guiada con tarjeta

NIVEL		Colectivo	Personal
1	Adicciones		
2	Alcoholismo		
3	Abuso Sexual		
4	VIH/SIDA		
5	Aborto		
6	Complicaciones durante el embarazo		
7	Embarazo adolescente		
8	Violencia sexual		
9	Cáncer de mama		
10	Cáncer de cuello de útero		
11	Anticoncepción		
12	Problemática subjetiva		
13	Otras. Especificar:		

B11. ¿Cuál de todos los problemas de salud mencionados es para usted el más importante? **RU**

C- CUIDADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

C1. ¿Tiene hijos? 1. Si 2. No (pase a C3) 8. Ns/Nc (pase a C3)

C2. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C3. ¿Algún hijo nació muerto o murió después del nacimiento?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

C4. ¿Alguna vez usted o su pareja perdió algún embarazo?

1. Si 2. No (pase a C5) 8. Ns/Nc (pase a C5)

C4.1. **Si la respuesta es sí**, ¿cuántos embarazos perdió? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C5. ¿Qué edad tenía cuando nació su primer hijo? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C6. Antes de su primer embarazo/primer hijo, ¿utilizó, Ud. o su pareja, algún método anticonceptivo?

1. Si 2. No (pase a C7) 8. Ns/Nc (pase a C7) 9. No corresp.

C6.1. **Si la respuesta es sí**, especifique cuál: _____

C7. ¿Ud. pudo decidir o planificar cada uno de sus embarazos? **RU - guiada**

1. Si, todos (pase a C8) 8. Ns/Nc (pase a C8)
 2. Si, algunos (pase a C7.1) 9. No corresp.
 3. No, ningún embarazo (pase a C7.1)

C7.1. Si no pudo decidir/planificar todos sus embarazos, ¿cuáles fueron los motivos por los cuales no pudo hacerlo? _____

C8. ¿Cuál fue el primer anticonceptivo que Ud. o su pareja usaron? **RU - guiada con tarjeta**

1. Pastillas	<input type="checkbox"/>	6. Preservativo/forro	<input type="checkbox"/>
2. DIU (dispositivo intrauterino)/espiral	<input type="checkbox"/>	7. Métodos naturales	<input type="checkbox"/>
3. Diafragma	<input type="checkbox"/>	8. Otros. Especificar _____	<input type="checkbox"/>
4. Coito interruptus/acaba afuera	<input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc	<input type="checkbox"/>
5. Inyectable	<input type="checkbox"/>	9. No corresp.	<input type="checkbox"/>

C9. En la actualidad, ¿utiliza Ud. o su pareja algún método anticonceptivo?

1. Si 2. No (pase a C13) 8. Ns/Nc (pase a C14)

C9.1. **Si la respuesta es sí;** ¿cuál de estos métodos usa? **RM - guiada con tarjeta**

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 7. Preservativo/forro | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU (dispositivo intrauterino)/espiral | <input type="checkbox"/> | 8. Métodos naturales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 9. Ligadura tubaria/ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus/acaba afuera | <input type="checkbox"/> | 10. Otros. Especificar | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vasectomía | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 6. Inyectable | <input type="checkbox"/> | 99. No corresp. | <input type="checkbox"/> |

C10. ¿Quién le recomendó este método anticonceptivo? **RU - guiada con tarjeta**

- | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Pareja | <input type="checkbox"/> | 7. Otro profesional (especificar) | <input type="checkbox"/> | Profesión: _____ |
| 2. Amigo/a | <input type="checkbox"/> | 8. Otro/a (Especificar) | <input type="checkbox"/> | Quién?: _____ |
| 3. Familiar | <input type="checkbox"/> | 9. Nadie | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Docente | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Médico/a | <input type="checkbox"/> | 99. No corresp. | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Enfermero/a | <input type="checkbox"/> | | | |

C11. ¿Su pareja interviene en el cuidado anticonceptivo?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc (pase a C12) 9. No corresp.

C11.1. **Si la respuesta es sí,** ¿de qué manera interviene? _____

C11.2. **Si la respuesta es no,** ¿por qué no interviene? (*profundizar*) _____

C12. ¿Ha cambiado de método anticonceptivo en el último año?

1. Si 2. No (pase a C14) 8. Ns/Nc (pase a C14) 9. No corresp.

C12.1. **Si la respuesta es sí,** ¿entre cuáles métodos cambió? (*Indicar el que tenía en uso y el que adoptó*)

Antes: _____

Ahora: _____

C12.2. **Si la respuesta es sí,** ¿cuál o cuáles fueron el o los motivos del cambio? _____

(pase a C14)

C13. Especificar por qué en la actualidad no usa ningún método anticonceptivo _____

C14. ¿Cuál es el método anticonceptivo que a su criterio le daría más seguridad para evitar un embarazo?

RU - guiada con tarjeta

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 7. Preservativo/forro | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU (dispositivo intrauterino)/espiral | <input type="checkbox"/> | 8. Métodos naturales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 9. Ligadura tubaria/ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus/acaba afuera | <input type="checkbox"/> | 10. Otros. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vasectomía | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 6. Inyectable | <input type="checkbox"/> | | |

C15. ¿Usó alguna vez algún método anticonceptivo casero que le hayan aconsejado para evitar un embarazo?

1. Si 2. No (pase a C16) 8. Ns/Nc (pase a C16)

C15.1. **Si la respuesta es sí,** especifique cuál: _____

C16. ¿Conoce qué es la anticoncepción de emergencia (la del día después)?

1. Si 2. No (pase a C18) 8. Ns/Nc (pase a C18)

C17. ¿Ha usado alguna vez la anticoncepción de emergencia (la del día después)?

1. Sí 2. No (pase a C18) 8. Ns/Nc (pase a C18) 9. No corresp.

Si la respuesta es sí,

C17.1. ¿Dónde o a quién se la ha solicitado? _____

C17.2. ¿Cuántas veces la ha utilizado? _____

C17.3. ¿En qué situaciones debió usarla? _____

C18. En la actualidad, ¿a dónde concurre para acceder a los métodos anticonceptivos? **RM - guiada con tarjeta**

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Centro de Salud Municipal | <input type="checkbox"/> | 5. Farmacia | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| 2. Centro de Salud Provincial | <input type="checkbox"/> | 6. Otros | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Hospital Municipal | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Hospital Provincial | <input type="checkbox"/> | 9. No corresp | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | |

(Si el entrevistado es un hombre pasar a pregunta C.25)

C19. ¿Concurre al médico/a para realizarse un PAP? ¿Por qué?

- | | | |
|----------|--------------------------|-----------------|
| 1. Sí | <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? _____ |
| 2. No | <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? _____ |
| 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | |

C20. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último PAP? **RU**

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 1 y 2 años | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. Más de 2 años | <input type="checkbox"/> | | |

C21. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo PAP? **RU**

- | | | | |
|---------------|--|----------------------------|--------------------------|
| 1. En 6 meses | | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. En 1 año | | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. En 2 años | | | |

C22. ¿Concurre al médico/a para realizarse un examen mamario? ¿Por qué?

- | | | |
|----------|--------------------------|-----------------|
| 1. Sí | <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? _____ |
| 2. No | <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? _____ |
| 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | |

C23. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último examen mamario? **RU**

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 1 y 2 años | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. Más de 2 años | <input type="checkbox"/> | | |

C24. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo examen mamario? **RU**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. En menos de 1 año | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 1 y 2 años | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. En más de 2 años | <input type="checkbox"/> | | |

C25. ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce? **RM - guiada con tarjeta**

- | | | | | |
|-------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1. Sífilis | <input type="checkbox"/> | 5. Gonorrea | <input type="checkbox"/> | (pase a C27) |
| 2. HIV/Sida | <input type="checkbox"/> | 6. Otras. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 3. HPV | <input type="checkbox"/> | 7. Ninguna | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Herpes | <input type="checkbox"/> | | | |

C26. ¿Sabe cómo puede evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual?

1. Sí 2. No (pase a C27) 8. Ns/Nc (pase a C27)

C26.1. **Si la respuesta es sí**, especifique la forma de evitarlo: _____

C27. ¿Se realizó alguna vez el test del HIV/SIDA?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

C28. Le voy a nombrar algunos métodos que se utilizan en las prácticas sexuales para prevenir el contagio del HIV/SIDA. ¿Me puede decir según su criterio el grado de efectividad que le asigna a cada uno de ellos?

RU por fila - guiada

	Muy Efectivo	Poco Efectivo	No Efectivo	Ns/Nc
C28.1. Usando preservativo				
C28.2. No teniendo relaciones sexuales				
C28.3. Teniendo pareja estable				

C29. ¿Usted usa preservativo en sus relaciones sexuales?

1. Si 2. No (*pase bloque D*) 8. Ns/Nc (*pase bloque D*)

C29.1. **Si la respuesta es sí**, indique con qué frecuencia lo utiliza: **RU - guiada**

1. En todas las relaciones 2. Solo ocasionalmente 8. Ns/Nc

C30. En su última relación sexual, ¿usó preservativo?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc 9. No corresp.

D- ACCESIBILIDAD.

Ud. Mencionó que el lugar donde concurre a la atención de su salud con más frecuencia es: (**Ver pregunta B2**)

_____.

Vamos a referirnos a cuestiones que tienen que ver con la consulta por problemas de salud sexual y reproductiva.

D1. ¿Ud. concurre por algún problema específico de salud sexual y reproductiva?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

Si la respuesta es No o Ns/Nc, hacer todas las preguntas referidas al motivo especificado en B4.1.

D2. Cuando concurre al lugar de atención, ¿tiene la posibilidad de ser atendido/a en el transcurso del día?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D3. ¿Cómo calificaría el trámite para obtener un turno? **RU - guiada**

1. Simple 3. Complicado
2. Medianamente complicado 8. Ns/Nc

D4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasa entre el día que le entregan el turno y el día en que lo/a atienden por ese turno? **RU - guiada**

1. Ningún día 3. Más de 7 días
2. Entre 1 y 7 días 8. Ns/Nc (*pase a D6*)

D5. El tiempo que pasa entre la entrega del turno y el día que lo/a atienden son para Ud.: **RU - guiada**

1. Justo el que Ud. quiere 3. Mayor que el que Ud. quiere
2. Menor que el que Ud. quiere 8. Ns/Nc

D6. Cuando Ud. va a hacerse atender, habitualmente, ¿cuánto tiempo pasa desde que llega al lugar hasta que entra a la consulta? **RU - guiada**

1. Menos de 30 minutos 3. Más de 1 hora
2. Entre 30 minutos y 1 hora 8. Ns/Nc (*pase a D8*)

D7. Ese tiempo de espera desde que llega hasta que el médico lo/a atiende, son para Ud.: **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Justo el tiempo que quiere | <input type="checkbox"/> | 3. Más del tiempo que quiere | <input type="checkbox"/> |
| 2. Menos del tiempo que quiere | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D8. Habitualmente, ¿cuánto duran las consultas? **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 1. Menos de 15 minutos | <input type="checkbox"/> | 3. Más de 30 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 15 y 30 minutos | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (pase a D10) |

D9. Con respecto a las consultas, éstas duran: **RU - guiada**

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. El tiempo justo | <input type="checkbox"/> | 3. Menos de lo que quiere | <input type="checkbox"/> |
| 2. Más de lo que quiere | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D10. ¿Cómo le resultan los horarios de atención de los profesionales para los cuales solicita turno? **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. Cómodos | <input type="checkbox"/> | 3. Incómodos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Relativamente cómodos | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D11. Cuando Ud. concurre a ese establecimiento ¿lo/a atiende siempre el mismo profesional hasta la resolución del problema de salud por el cual consulta? **Guiada**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Sí, siempre | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sí, algunas veces | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D12. Durante la consulta,

D12.1. ¿Entra o sale gente del consultorio? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.2. ¿Hay otras personas adentro del consultorio mientras lo/a atienden? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.3. ¿Se escucha lo que hablan otros profesionales entre sí o con sus pacientes? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.4. ¿Hay un lugar donde Ud. pueda desvestirse sin que nadie lo/a viera? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13. Los integrantes del equipo de salud que lo/a atendieron por su salud sexual y reproductiva:

D13.1. ¿Lo/a saludan al llegar? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13.2. ¿Lo/a llaman a Ud. por su nombre? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13.3. ¿Lo/a escuchan con atención? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13.4. ¿Lo/a tratan con respeto? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13.5. ¿Toman en cuenta su situación familiar/personal? **RU - guiada**

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D14. Durante la consulta, los médicos:

D14.1. ¿Le explican lo que le van a hacer?

RU - guiada

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.2. ¿Le preguntan si Ud. tiene alguna duda o pregunta?

RU - guiada

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.3. ¿Le dan una respuesta clara a sus dudas o preguntas?

RU - guiada

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.4. ¿Le brindan la información que Ud. considera necesaria?

RU - guiada

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D15. Alguna vez durante la consulta le han solicitado autorización para realizarle alguna práctica de salud?

RU - guiada

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D16. ¿Ud. Piensa que en alguna oportunidad el/la profesional al que Ud. Concorre habitualmente limitó la atención debido a sus valoraciones personales o religiosas?

1. Si 2. No (*pase a D16*) 8. Ns/Nc (*pase a D17*)

D16.1. *Si respondió que si*, relate la situación: _____

D17. Mencione alguna institución pública o privada que se dedique a los problemas de salud sexual y reproductiva: _____

E- OPINION ACERCA DEL ABORTO

E1. Indique el grado de acuerdo con relación a la despenalización del aborto en la Argentina: *RU - guiada*

1. De acuerdo 2. Medianamente de acuerdo 3. En desacuerdo 8. Ns/Nc

E2. Indique el grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo en diferentes circunstancias:

RU por fila - guiada

E2.A. Según la legislación actualmente en vigencia

Circunstancia	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo	Ns/Nc
1. Si la mujer quedó embarazada debido a una violación				
2. Si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación				
3. Si una menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación				
4. Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina				

E2.B. Según las propuestas ampliatorias de la ley

Circunstancia	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo	Ns/Nc
1. Si la mujer corre peligro debido al embarazo o parto				
2. Si la salud física de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto				
3. Si la salud mental de una mujer es afectada por el embarazo o el parto				

E2.C. En las siguientes situaciones:

Circunstancia	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo	Ns/Nc
1. Si la mujer y su familia carecen de recursos económicos para criar un hijo/a				
2. Si la mujer quedó embarazada.....				

E3. Qué cree Ud. que hace la mayoría de las mujeres frente a un embarazo no deseado? **RU**

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Se realiza un aborto | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tienen el hijo | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tienen el hijo y lo dan en adopción | <input type="checkbox"/> | | |

E4. Conoce alguna persona, ya sea familiar, amigo o conocido que se haya realizado un aborto?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

ANEXO II

ENCUESTA A USUARIAS DE CENTROS DE SALUD

PROYECTO DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Mujeres usuarias de Centros de Salud Municipal

La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud está realizando un estudio para evaluar la utilización y aceptabilidad de las acciones de salud de la población con relación a su salud sexual y reproductiva.

Su participación es absolutamente voluntaria y anónima por lo que no implica ninguna modificación en su atención habitual. Por el contrario puede contribuir al mejoramiento de las prestaciones brindadas por los establecimientos de salud municipales.

Consentimiento Oral: Acepta Si No

Centro de Salud:

Centro <input type="checkbox"/>	Eva Duarte <input type="checkbox"/>	Las Heras <input type="checkbox"/>	Santa Teresita <input type="checkbox"/>	San Martin <input type="checkbox"/>
Coulin <input type="checkbox"/>	Las Flores <input type="checkbox"/>	Luchemos por la vida <input type="checkbox"/>	Salvador Mazza <input type="checkbox"/>	1° de Mayo <input type="checkbox"/>

Fecha de realización: ____/____/____

N° de encuesta:

Encuestador: _____

Supervisor: _____

Fecha supervisión: ____/____/____

Datos Personales

Nombre: _____ Inicial del apellido: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad (en años cumplidos): _____ Localidad de nacimiento: _____

Barrio de residencia: _____ Tiempo de residencia en el barrio: ____ años/ meses

Tiempo de usuaria del efector: ____ años/ meses

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A1. ¿En qué tipo de vivienda vive Ud.? **RU - guiada**

1. Casa <input type="checkbox"/>	4. Construcción no destinada a zonas habitacionales <input type="checkbox"/>
2. Vivienda en zona de villa <input type="checkbox"/>	5. Otra. Especificar: _____ <input type="checkbox"/>
3. Complejo habitacional (FONAVI) <input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc <input type="checkbox"/>

A2. ¿Cuántos ambientes tiene su vivienda actual en total, sin contar el baño y la cocina? _____ 8. Ns/Nc

A3. ¿Su casa tiene baño instalado?

1. Si 2. No (*pase a A4*) 8. Ns/Nc (*pase a A4*)

A3.1. **Si la respuesta es sí**, ¿este dónde se ubica?

1. Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
2. Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/>	9. No corresp. <input type="checkbox"/>

A4. ¿Su casa tiene:

A4.1. Agua corriente	1. Si <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
A4.2. Gas natural	1. Si <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
A4.3. Electricidad	1. Si <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc <input type="checkbox"/>

A5. ¿Cuál es el último año/grado que tiene aprobado?

Sin instrucción		1
Primaria	Incompleta	2
	Completa	3
Secundaria	Incompleta	4
	Completa	5
EGB1	Incompleta	6
	Completa	7
EGB2	Incompleta	8
	Completa	9
EGB3	Incompleta	10
	Completa	11
Polimodal	Incompleta	12
	Completa	13
Terciario	Incompleta	14
	Completa	15
Universitario	Incompleta	16
	Completa	17
NS/NC		98

A6. Actualmente, ¿qué cobertura de salud tiene?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Obra social
- 2. PAMI
- 3. Mutual o prepaga
- 4. Servicio de emergencia

- 5. Otra. Especificar _____
- 6. Ninguna
- 8. Ns/Nc

A7. ¿Cuál es su situación laboral?

RU - guiada

- 1. Estudia (**Pase a A9**)
- 2. Trabaja
- 3. Estudia y trabaja

- 4. Ama de casa
- 5. Ninguna
- 8. Ns/Nc

(**Pase a A9**)
 (**Pase a A9**)
 (**Pase a A9**)

A8. Si trabaja, ¿cuál es su ocupación?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Empleada doméstica
- 2. Microemprendimiento
- 3. Contraprestación de planes sociales
- 4. Cirujeo

- 5. Changas
- 6. Otro. Especificar : _____
- 8. Ns/Nc
- 9. No corresp.

A9. ¿Con quién vive actualmente?

Orden	Relación con la encuestada		Edad(años)	Recibe ingresos			Recibe plan social		
	Nombre	Parentesco		Si	No	NS/NC	Si	No	NS/NC
1	Encuestada	-----							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

B- UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

B1. ¿A quién consulta más habitualmente en el Centro de Salud? (*indique rol/ profesión*)

B2. ¿Cuáles son los dos problemas de salud por los que concurre más frecuentemente a este Centro de Salud? (en orden de importancia)

1. _____
2. _____

B3. ¿La atiende siempre la misma persona/ profesional en el Centro de Salud cuando concurre por los mismos problemas de salud?

1. Si, siempre 3. Nunca
2. Si, algunas veces 8. Ns/Nc

B4. ¿Tiene asignado un profesional de referencia en el Centro de Salud?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

B4.1. *Si la respuesta es sí*, especifique (*indique rol/ profesión*)

B5. ¿Concurre a este lugar de atención por otros motivos que no sean problemas de salud?

1. Si 2. No (*pase a B6*) 8. Ns/Nc (*pase a B6*)

B5.1. *Si contesta que sí*, especifique los motivos _____

B6. ¿Cómo calificaría la atención que recibe en el Centro de Salud? **RU - guiada con tarjeta**

1. Excelente 5. Mala
2. Muy Buena 6. Muy mala
3. Buena 8. Ns/Nc
4. Regular

B6.1. Especifique por qué la califica así _____

C- CUIDADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

C1. ¿Estuvo alguna vez embarazada?

1. Si 2. No (*pase a C8*) 8. Ns/Nc (*pase a C8*)

C2. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C3. ¿Algún hijo nació muerto o murió después del nacimiento?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C4. ¿Perdió algún embarazo?

1. Si 2. No (*pase a C5*) 8. Ns/Nc (*pase a C5*) 9. No corresp.

C4.1. *Si la respuesta es sí*, ¿cuántos embarazos perdió? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C5. ¿Cuántos años tenía en su primer embarazo? _____ 8. Ns/Nc 9. No corresp.

C6. Antes de su primer embarazo/primer hijo, ¿utilizó, Ud. o su pareja, algún método anticonceptivo?

1. Si 2. No (*pase a C7*) 8. Ns/Nc (*pase a C7*) 9. No corresp.

C6.1. *Si la respuesta es sí*, especifique cuál _____

C7. ¿Ud. pudo decidir o planificar cada uno de sus embarazos?

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|-------------|
| 1. Si, todos | <input type="checkbox"/> | (pase a C8) | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | (pase a C8) |
| 2. Si, algunos | <input type="checkbox"/> | (pase a C7.1) | 9. No corresp. | <input type="checkbox"/> | |
| 3. No, ningún embarazo | <input type="checkbox"/> | (pase a C7.1) | | | |

C7.1. Si no pudo decidir/planificar todos sus embarazos, ¿cuáles fueron los motivos por los que no pudo hacerlo?

C8. ¿Cuál fue el primer anticonceptivo que Ud. o su pareja usaron? **RU - guiada con tarjeta**

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 6. Preservativo/ forro | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU (dispositivo intrauterino/ espiral) | <input type="checkbox"/> | 7. Métodos naturales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 8. Otros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus/ acaba afuera | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 5. Inyectable | <input type="checkbox"/> | 9. No corresp. | <input type="checkbox"/> |

C9. En la actualidad, ¿utiliza Ud. o su pareja algún método anticonceptivo?

- | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> | (pase a C13) | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | (pase a C14) |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|

C9.1. **Si la respuesta es sí;** ¿cuál de estos métodos usa? **RM - guiada con tarjeta**

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 7. Preservativo/ forro | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU (dispositivo intrauterino/ espiral) | <input type="checkbox"/> | 8. Métodos naturales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 9. Ligadura tubaria/ ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus/ acaba afuera | <input type="checkbox"/> | 10. Otros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vasectomía | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 6. Inyectable | <input type="checkbox"/> | 99. No corresp. | <input type="checkbox"/> |

C10. ¿Quién le recomendó este método anticonceptivo? **RU - guiada con tarjeta**

- | | | | | |
|-------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| 1. Pareja | <input type="checkbox"/> | 6. Personal de este Centro (especifique) | <input type="checkbox"/> | Profesión _____ |
| 2. Amigo/a | <input type="checkbox"/> | 7. Profesional de otro Servicio (especifique) | <input type="checkbox"/> | Profesión _____ |
| 3. Familiar | <input type="checkbox"/> | 8. Otro/a (especifique) | <input type="checkbox"/> | Especificar quién _____ |
| 4. Docente | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Nadie | <input type="checkbox"/> | 99. No corresp. | <input type="checkbox"/> | |

C11. ¿Su pareja interviene en el cuidado anticonceptivo?

- | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | (pase a C12) | 9. No corresp. | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|----------------|--------------------------|

C11.1. **Si la respuesta es sí,** ¿de qué manera interviene? (**profundizar**)

C11.2. **Si la respuesta es no,** ¿por qué no interviene? (**profundizar**)

C12. ¿Ha cambiado de método anticonceptivo en el último año?

- | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No | <input type="checkbox"/> | (pase a C14) | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | (pase a C14) | 9. No corresp. | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|----------------|--------------------------|

C12.1. **Si la respuesta es sí,** ¿entre cuáles métodos cambió (**Indicar el que tenía en uso y el que adoptó**)

Antes: _____
Ahora: _____

C12.2. **Si la respuesta es sí,** ¿cuál o cuáles fueron el o los motivos del cambio? _____

(pase a C14)

C13. Especifique por qué en la actualidad no usa ningún método anticonceptivo? _____

C14. ¿Cuál es el método anticonceptivo que a su criterio le daría más seguridad para evitar un embarazo?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Pastillas
- 2. DIU (dispositivo intrauterino/ espiral)
- 3. Diafragma
- 4. Coito interruptus/ acaba afuera
- 5. Vasectomía
- 6. Inyectable

- 7. Preservativo/ forro
- 8. Métodos naturales
- 9. Ligadura tubaria/ ligadura de trompas
- 10. Otros. Especificar: _____
- 98. Ns/Nc

C15. ¿Usó alguna vez algún método anticonceptivo casero que le hayan aconsejado para no quedar embarazada?

- 1. Sí
- 2. No (pase a C16)
- 8. Ns/Nc (pase a C16)

C15.1. **Si la respuesta es sí**, especifique cuál _____

C16. ¿Conoce qué es la anticoncepción de emergencia? (la del día después)

- 1. Sí
- 2. No (pase a C18)
- 8. Ns/Nc (pase a C18)

C17. ¿Ha usado alguna vez la anticoncepción de emergencia?

- 1. Sí
- 2. No (pase a C18)
- 8. Ns/Nc (pase a C18)
- 9. No corresp.

Si la respuesta es sí,

C17.1. ¿Dónde o a quién se la ha solicitado? _____

C17.2. ¿Cuántas veces la ha utilizado? _____

C17.3. ¿En qué situaciones debió usarla? _____

C18. ¿Concorre al Centro de Salud para realizarse un PAP? ¿Por qué?

- 1. Sí ¿Por qué? _____
- 2. No ¿Por qué? _____
- 8. Ns/Nc

C19. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último PAP? **RU**

- 1. Menos de 1 año
- 2. Entre 1 y 2 años
- 3. Más de 2 años
- 4. Otro. Especificar _____
- 8. Ns/Nc

C20. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo PAP? **RU**

- 1. En 6 meses
- 2. En 1 año
- 3. En 2 años
- 4. Otro. Especificar _____
- 8. Ns/Nc

C21. ¿Concorre al Centro de Salud para realizarse un examen mamario? ¿Por qué?

- 1. Sí ¿Por qué? _____
- 2. No ¿Por qué? _____
- 8. Ns/Nc

C22. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último examen mamario? **RU**

- 1. Menos de 1 año
- 2. Entre 1 y 2 años
- 3. Más de 2 años
- 4. Otro. Especificar _____
- 8. Ns/Nc

C23. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo examen mamario? **RU**

- 1. En menos de 1 año
- 2. Entre 1 y 2 años
- 3. En más de 2 años
- 4. Otro. Especificar _____
- 8. Ns/Nc

C24. ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce? **RM - guiada con tarjeta**

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Sífilis <input type="checkbox"/> | 5. Gonorrea <input type="checkbox"/> |
| 2. HIV/ SIDA <input type="checkbox"/> | 6. Otras. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> |
| 3. HPV <input type="checkbox"/> | 7. Ninguna <input type="checkbox"/> |
| 4. Herpes <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc <input type="checkbox"/> |
- (pase a C26)*

C25. ¿Sabe cómo puede evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual?

1. Si 2. No *(pase a C26)* 8. Ns/Nc *(pase a C26)*

C25.1. **Si la respuesta es sí**, Especifique la forma de evitarlo _____

C26. ¿Se realizó alguna vez el test del HIV/SIDA?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

C27. Le voy a nombrar algunos métodos que se utilizan en las prácticas sexuales para prevenir el contagio del HIV/SIDA. ¿Me puede decir según su criterio el grado de efectividad que le asigna a cada uno de ellos?

RU - guiada por fila

Métodos	Muy efectivo	Poco efectivo	No efectivo	Ns/Nc
C27.1. Usando preservativo				
C27.2. No teniendo relaciones sexuales				
C27.3. Teniendo pareja estable				

C28. ¿Usted usa preservativo en sus relaciones sexuales?

1. Si 2. No *(pase bloque D)* 8. Ns/Nc *(pase bloque D)*

C28.1. **Si la respuesta es sí**, ¿indique con qué frecuencia lo utiliza? **RU - guiada**

1. En todas las relaciones 2. Solo ocasionalmente 8. Ns/Nc

C29. En su última relación sexual, ¿usó preservativo?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc 9. No corresp.

D- ACCESIBILIDAD.

Vamos a referirnos a cuestiones que tienen que ver con consultas realizadas en este centro.

D1. ¿Concurrió alguna vez a este centro por problemas de salud sexual y reproductiva?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

Si la respuesta es No o Ns/Nc, hacer todas las preguntas referidas a la pregunta B2.

D2. Si Ud. concurrió al Centro de Salud por algún problema específico de salud sexual y reproductiva, ¿tuvo la posibilidad de ser atendida en el transcurso del día?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D3. ¿Cómo calificaría el trámite para obtener un turno? **RU - guiada**

- | | |
|---|--|
| 1. Simple <input type="checkbox"/> | 3. Complicado <input type="checkbox"/> |
| 2. Medianamente complicado <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc <input type="checkbox"/> |

D4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo pasa entre el día que le entregan el turno y el día en que la atienden por ese turno? **RU - guiada**

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. Ningún día | <input type="checkbox"/> | 3. Más de 7 días | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 1 y 7 días | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (pase a D6) |

D5. El tiempo que pasa entre la entrega del turno y el día que la atienden son para Ud.: **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Justo el que Ud. quería | <input type="checkbox"/> | 3. Mayor que el que Ud. quería | <input type="checkbox"/> |
| 2. Menor que el que Ud. quería | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D6. Cuando Ud. viene a hacerse atender, habitualmente, ¿cuánto tiempo pasa desde que llega a este lugar hasta que entró a la consulta? **RU - guiada**

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 1. Menos de 30 minutos | <input type="checkbox"/> | 3. Más de 1 hora | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 30 minutos y 1 hora | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (pase a D8) |

D7. Ese tiempo que espera desde que llegó al Centro de Salud hasta que el médico la atiende, son para Ud.: **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Justo el tiempo que quería | <input type="checkbox"/> | 3. Más del tiempo que quería | <input type="checkbox"/> |
| 2. Menos del tiempo que quería | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D8. Habitualmente, ¿cuánto duran las consultas? **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 1. Menos de 15 minutos | <input type="checkbox"/> | 3. Más de 30 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 15 y 30 minutos | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> (pase a D10) |

D9. Con respecto a las consultas, éstas duran: **RU - guiada**

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. El tiempo justo | <input type="checkbox"/> | 3. Menos de lo que quería | <input type="checkbox"/> |
| 2. Más de lo que quería | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D10. ¿Cómo le resultan los horarios de atención de los profesionales para los cuales solicita turno? **RU - guiada**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. Cómodos | <input type="checkbox"/> | 3. Incómodos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Relativamente cómodos | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D11. Cuando Ud. concurre al Centro de Salud, ¿la atiende siempre el mismo profesional hasta la resolución del problema de salud por el cual consulta? **RU - guiada**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Sí, siempre | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sí, algunas veces | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

D12. Durante la consulta, **RU - guiada**

D12.1. ¿Entró o salió gente del consultorio?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.2. ¿Hubo otras personas adentro del consultorio mientras la atendían?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.3. ¿Se escuchaba lo que hablaban otros profesionales entre sí o con sus pacientes?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D12.4. ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la viera?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> | 2. A veces | <input type="checkbox"/> | 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|

D13. Los integrantes del equipo de salud que la atendieron por su salud sexual y reproductiva:

RU - guiada

D13.1. ¿La saludaron al llegar?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D13.2. ¿La llamaron a Ud. por su nombre?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D13.3. ¿La escucharon con atención?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D13.4. ¿La trataron con respeto?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D13.5. ¿Tomaron en cuenta su situación familiar/personal?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14. Durante la consulta, los médicos:

RU - guiada

D14.1. ¿Le explicaron lo que le iban a hacer?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.2. ¿Le preguntaron si Ud. tenía alguna duda o pregunta?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.3. ¿Le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

D14.4. ¿Le brindaron la información que Ud. consideraba necesaria?

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 8. Ns/Nc

E. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS.

E1. ¿Cuál o cuáles de los métodos anticonceptivos que le voy a enumerar a continuación, conoce que están disponibles para su utilización en este Centro de Salud?

RM - guiada con tarjeta

1. Pastillas	<input type="checkbox"/>	5. Inyectable	<input type="checkbox"/>
2. DIU (dispositivo intrauterino/ espiral)	<input type="checkbox"/>	6. Preservativo/ forro	<input type="checkbox"/>
3. Diafragma	<input type="checkbox"/>	7. Otros. Especificar _____	<input type="checkbox"/>
4. Espermicidas	<input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc	<input type="checkbox"/>

E2. ¿Usted considera que los diferentes tipos de métodos anticonceptivos brindados en este Centro de Salud son los necesarios?

1. Sí (*pase a E3*) 2. No 8. Ns/Nc (*pase a E3*)

E2.1. **Si la respuesta es No**, ¿especifique qué otro método anticonceptivo considera que debería estar disponible para las usuarias en este Centro de Salud? _____

E3. Si Ud. es usuaria de pastillas, ¿alguna vez tuvo dificultad al concurrir a este Centro de Salud para la obtención de las mismas?

RU - guiada

1. Sí, siempre	<input type="checkbox"/>	4. Otros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> (<i>pase a E4</i>)
2. Sí, ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	8. Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (<i>pase a E4</i>)
3. Nunca	<input type="checkbox"/> (<i>pase a E4</i>)	9. No corresp.	<input type="checkbox"/> (<i>pase a E4</i>)

E4. Si Ud. es usuaria de pastillas, ¿considera que el horario de entrega de las mismas en este Centro de Salud es el adecuado?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc 9. No corresp.

E5. Si Ud. tiene colocado un DIU, ¿el mismo se lo colocaron en este Centro de Salud el mismo día que Ud. concurrió a la consulta para dicho propósito?

1. Si (*pase a E6*) 2. No 8. Ns/Nc (*pase a E6*) 9. No corresp.

E5.1. **Si la respuesta es No**, ¿especifique cuál fue el motivo para la no colocación del DIU?

E6. ¿Ud. ha solicitado alguna vez en este Centro de Salud preservativos?

1. Si 2. No (*pase a E7*) 8. Ns/Nc (*pase a E7*)

E6.1. **Si la respuesta es sí**, ¿tuvo dificultad en la obtención de los mismos? **RU - guiada**

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Sí, siempre | <input type="checkbox"/> | 4. Otros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sí, ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nunca | <input type="checkbox"/> | 9. No corresp. | <input type="checkbox"/> |

E7. ¿Se le solicita a Ud. en este Centro de Salud algún requisito para la obtención del método anticonceptivo que Ud. ha elegido?

1. Si 2. No (*pase a bloque F*) 8. Ns/Nc (*pase a bloque F*)

E7.1. **Si la respuesta es Sí**, especifique cuál es ese requisito _____

F- INFORMACIÓN RECIBIDA.

F1. De la siguiente lista de temas, quisiera que me dijera si en alguna ocasión recibió o no recibió información en este Centro de Salud.

	Recibió	No Recibió	Ns/Nc
F1.1. Métodos anticonceptivos			
F1.2. Anticoncepción de emergencia			
F1.3. Aborto			
F1.4. Enfermedades de transmisión sexual (HIV/SIDA)			
F1.5. Controles periódicos de salud (Papanicolau, examen mamario, etc)			
F1.6. Violencia			
F1.7. Derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos			
F1.8. Derecho a recibir una atención gratuita de su salud			
F1.9. Derecho a conocer su historia clínica			

F2. De la siguiente lista de temas, ¿Ud. vio o leyó algún folleto, cartel o póster en este Centro de Salud?

	Si	No	Ns/Nc
F2.1. Métodos anticonceptivos			
F2.2. Anticoncepción de emergencia			
F2.3. Aborto			
F2.4. Enfermedades de transmisión sexual (HIV/SIDA)			
F2.5. Controles periódicos de salud (Papanicolau, examen mamario, etc)			
F2.6. Violencia			
F2.7. Derecho a recibir gratuitamente métodos anticonceptivos			
F2.8. Derecho a recibir una atención gratuita de su salud			
F1.9. Derecho a conocer su historia clínica			

F3. De acuerdo a la información y consejos que le dieron los médicos/as en este Centro de Salud, la decisión sobre los métodos anticonceptivos a utilizar debe quedar en manos: **RU - guiada con tarjeta**

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Sólo de la mujer | <input type="checkbox"/> | 5. Del médico/a y la mujer | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sólo del médico/a | <input type="checkbox"/> | 6. De otras personas. Especificar: _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. Del médico/a y la pareja | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sólo de la pareja | <input type="checkbox"/> | | |

F4. ¿En alguna oportunidad el profesional de este Centro de Salud le recomendó que su pareja la acompañe a la consulta?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

F5. ¿Recomendaría este Centro de Salud a otra mujer?

1. Si 3. Otro. Especificar _____
 2. No 8. Ns/Nc

ANEXO III

ENCUESTA A USUARIAS DE MATERNIDADES

A5. ¿Cuál es el último año/grado que tiene aprobado?

Sin instrucción		1
Primaria	Incompleta	2
	Completa	3
Secundaria	Incompleta	4
	Completa	5
EGB1	Incompleta	6
	Completa	7
EGB2	Incompleta	8
	Completa	9
EGB3	Incompleta	10
	Completa	11
Polimodal	Incompleta	12
	Completa	13
Terciario	Incompleta	14
	Completa	15
Universitario	Incompleta	16
	Completa	17
NS/NC		98

A6. Actualmente, ¿qué cobertura de salud tiene?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Obra social
- 2. PAMI
- 3. Mutual o prepaga
- 4. Servicios de Emergencia

- 5. Otra. Especificar: _____
- 6. Ninguna
- 8. Ns/Nc

A7. ¿Cuál es su situación laboral?

RU - guiada

- 1. Estudia
- 2. Trabaja
- 3. Estudia y trabaja

(pase a A9)

- 4. Ama de casa
- 5. Ninguna
- 8. Ns/Nc

(pase a A9)
 (pase a A9)
 (pase a A9)

A8. Si trabaja, ¿cuál es su ocupación?

RU - guiada con tarjeta

- 1. Empleada doméstica
- 2. Microemprendimiento
- 3. Contraprestación de planes sociales
- 4. Cirujeo

- 5. Changas
- 6. Otros. Especificar _____
- 8. Ns/Nc
- 9. No Corresponde

A9. ¿Con quién vive actualmente?

Orden	Relación con la encuestada		Edad (años)	Recibe ingresos			Recibe Plan social		
	Nombre	Parentesco		Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc
1	Encuestada	-----							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

B. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

B1. ¿Realizó control prenatal durante este embarazo?

1. Sí (pase a B2) 2. No (pase a bloque C) 8. Ns/Nc (pase a bloque C)

B2. ¿En qué Centro de Salud realizó su control Pre-natal? _____

B3. ¿Qué número de visitas hizo al Centro de Salud para su control prenatal? _____

B4. Mencione las razones por la cual realizó ese número de visitas _____

B5. ¿La atendió siempre la misma persona/profesional en el Centro de Salud cuando concurrió por su Control Pre-Natal? **RU**

1. Sí, siempre 3. Nunca
2. Sí, a veces 9. Ns/Nc

B6. ¿Cómo calificaría la atención que recibió durante su Control Pre-Natal?

1. Excelente 5. Mala
2. Muy Buena 6. Muy Mala
3. Buena 8. Ns/Nc
4. Regular

B6.1 Especifique por qué la califica así: _____

C. CUIDADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

C1. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ 8. Ns/Nc

C2. ¿Algún hijo nació muerto o murió después del nacimiento?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

C3. ¿Perdió algún embarazo?

1. Sí 2. No (pase a C4) 8. Ns/Nc

C3.1. **Si su respuesta es Sí**, ¿Cuántos embarazos perdió? _____ 8. Ns/Nc 9. No Corresponde

C4. ¿Cuántos años tenía en su primer embarazo? _____ 8. Ns/Nc

C5. Antes de su primer embarazo/primer hijo, ¿utilizó, Ud. o su pareja, algún método anticonceptivo?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

C5.1. **Si su respuesta es Sí**, ¿desea especificar cuál? _____

C6. ¿Ud. pudo decidir o planificar cada uno de sus embarazos? **RU - guiada**

1. Sí, todos (pase a C7) 3. No, ningún embarazo (pase a C6.1)
2. Sí, algunos (pase a C6.1) 8. Ns/Nc (pase a C7)

C6.1. Si no pudo decidir/planificar todos sus embarazos, cuales fueron los motivos por los cuales no pudo hacerlo? _____

C7. ¿Cuál fue el primer anticonceptivo que Ud. o su pareja usaron? **RU - guiada con tarjeta**

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 6. Preservativo/forro | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU/(dispositivo intrauterino)/espiral | <input type="checkbox"/> | 7. Métodos naturales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 8. Otros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus/acabar afuera | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 5. Inyectable | <input type="checkbox"/> | | |

C8. ¿Su pareja interviene en el cuidado anticonceptivo?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

C8.1. **Si su respuesta es no**, ¿por qué no interviene? (**profundizar**) _____

C9. ¿Cuál es el método anticonceptivo que a su criterio le daría más seguridad para evitar un embarazo?

RU - guiada con tarjeta

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Pastillas | <input type="checkbox"/> | 6. Inyectable | <input type="checkbox"/> |
| 2. DIU (dispositivo intrauterino / espiral) | <input type="checkbox"/> | 7. Preservativo / forro | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diafragma | <input type="checkbox"/> | 8. Métodos Naturales | <input type="checkbox"/> |
| 4. Coito interruptus / acabar afuera | <input type="checkbox"/> | 10. Otros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vasectomía | <input type="checkbox"/> | 98. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

C10. ¿Usó alguna vez algún método anticonceptivo o casero que le hayan aconsejado para no quedar embarazada?

1. Si 2. No (**pase a C11**) 8. Ns/Nc (**pase a C11**)

C10.1. **Si la respuesta es Sí**, especifique cuál _____

C11. ¿Conoce qué es la anticoncepción de emergencia / la del día después?

1. Si 2. No (**pase a C13**) 8. Ns/Nc (**pase a C13**)

C12. ¿Ha usado alguna vez la anticoncepción de emergencia?

1. Si 2. No (**pase a C13**) 8. Ns/Nc (**pase a C13**) 9. No Corresponde

Si su respuesta es Sí

C12.1. ¿dónde o a quién se la solicitó? _____

C12.2. ¿cuántas veces la utilizó? _____

C12.3. ¿en qué situaciones debió usarla? _____

C13. ¿Concurre al Hospital/Centro para realizarse un PAP? ¿Por qué?

1. Si ¿Por qué? _____
2. No ¿Por qué? _____
8. Ns/Nc

C14. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último PAP? **RU**

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 1 y 2 años | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. Más de 2 años | <input type="checkbox"/> | 9. No Corresponde | <input type="checkbox"/> |

C15. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo PAP? **RU**

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. En 6 meses | <input type="checkbox"/> | 4. Otro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. En 1 año | <input type="checkbox"/> | 8. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |
| 3. En 2 años | <input type="checkbox"/> | 9. No Corresponde | <input type="checkbox"/> |

C16. ¿Concorre al Hospital/Centro para realizarse un examen mamario? ¿Por qué?

1. Si ¿Por qué? _____
 2. No ¿Por qué? _____
 8. Ns/Nc

C17. ¿Cuánto tiempo hace que se hizo el último examen mamario? **RU**

1. Menos de 1 año 4. Otro. Especificar _____
 2. Entre 1 y 2 años 8. Ns/Nc
 3. Más de 2 años 9. No Corresponde

C18. ¿Cuándo le corresponde hacerse el próximo examen mamario? **RU**

1. En menos de 1 año 4. Otro. Especificar _____
 2. Entre 1 y 2 años 8. Ns/Nc
 3. En más de 2 años 9. No Corresponde

C19. ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoce?

1. Sífilis 5. Gonorrea
 2. HIV / Sida 6. Ninguna (**pase C21**)
 3. HPV 7. Otra. Especificar _____
 4. Herpes 8. Ns/Nc

C20. ¿Sabe cómo puede evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual?

1. Si 2. No (**pase a C21**) 8. Ns/Nc (**pase a C21**)

C20.1. **Si la respuesta es Sí**, especifique la forma de evitarlo _____

C21. ¿Se realizó alguna vez el test de HIV/SIDA?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

C22. Le voy a nombrar algunos métodos que se utilizan en las prácticas sexuales para prevenir el contagio del HIV/SIDA. ¿Me puede decir según su criterio el grado de efectividad que le asigna a cada uno de ellos?
RU por fila - guiada

Métodos	Muy efectivo	Poco efectivo	No efectivo	Ns/Nc
C22.1. Usanso preservativos				
C22.2. No teniendo relaciones sexuales				
C22.3. Teniendo pareja estable				

D. SATISFACCION POR LA ATENCION RECIBIDA

D1. ¿Fue atendida en otra oportunidad en esta maternidad?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D2. Con respecto al trato y a la información recibida al llegar a esta maternidad, usted considera que fue:
RU - guiada con tarjeta

1. Excelente 5. Mala
 2. Muy Buena 6. Muy Mala
 3. Buena 8. Ns/Nc
 4. Regular

D3. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera antes de ser atendida en la guardia de maternidad?

Usted, diría que fue: **RU - guiada**

1. Adecuado 3. No adecuado
 2. Medianamente adecuado 8. Ns/Nc

D3.1. Especifique por qué _____

D4. ¿Cómo calificaría la información que recibieron Ud. y sus familiares después de ser atendida en la guardia de maternidad? **RU - guiada con tarjeta**

1. Excelente 5. Mala
 2. Muy Buena 6. Muy Mala
 3. Buena 8. Ns/Nc
 4. Regular

D4.1. Especifique por qué _____

D5. Durante la consulta en la guardia de esta maternidad,

D5.1 ¿Entró o salió gente del consultorio?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D5.2 ¿Hubo otras personas dentro del consultorio mientras la atendían?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D5.3 ¿Había un lugar donde Ud. pudo desvestirse sin que nadie la viera?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D6. Mientras se encontraba en trabajo de parto, ¿le informaron cómo iba evolucionando? **RU - guiada**

1. Sí, en forma adecuada 3. En ningún momento le informaron
 2. Menos de lo que yo quería 8. Ns/Nc

D7. ¿Se transmitió esa información a su pareja y/o familiares? **RU - guiada**

1. Sí, en forma adecuada 3. En ningún momento le informaron
 2. Menos de lo que yo quería 8. Ns/Nc

D8. Considerando al personal que la atendió: ¿pudo diferenciar claramente quién era personal médico, de enfermeras, mucamas o administrativos? **RU - guiada**

1. En todo momento 3. Nunca
 2. Algunas veces 8. Ns/Nc

D9. ¿Cómo considera que fue el trato de los integrantes del Servicio? El trato de fue

RU - guiada por columna con tarjeta

	Medicos	Enfermeros	Mucamas	Administrativo
Excelente				
Muy Bueno				
Bueno				
Regular				
Malo				
Muy Malo				
Ns/Nc				

D10. Mientras se encontraba en trabajo de parto, ¿considera que su intimidad fue respetada como esperaba?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

D10.1. Por qué? _____

D11. Fue tratada por su nombre o apellido durante su permanencia en maternidad?

RU - guiada

1. Sí, siempre 3. No
2. Sí, a veces 8. Ns/NC

D12. ¿Pudo estar acompañada por algún familiar durante el trabajo de parto?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

D12.1. Por qué? _____

D13. ¿Cómo fue tratada en el parto? _____

D14. ¿Cómo calificaría a la información dada a sus familiares después del parto?

RU - guiada con tarjeta

1. Excelente 5. Mala
2. Muy Buena 6. Muy Mala
3. Buena 8. Ns/Nc
4. Regular

D15. ¿Cómo calificaría la atención que recibieron Ud. y su bebé después del parto?

RU - guiada con tarjeta

1. Excelente 5. Mala
2. Muy Buena 6. Muy Mala
3. Buena 8. Ns/Nc
4. Regular

D16. ¿Cómo calificaría el horario destinado para las visitas? Usted diría que es.....

1. Adecuado 3. No adecuado
2. Medianamente adecuado 8. Ns/Nc

D16.1 ¿Por qué? _____

D17. ¿Cómo considera que es el tiempo de duración de la visita? Usted diría que es.....

1. Adecuado 3. No adecuado
2. Medianamente adecuado 8. Ns/Nc

D17.1 ¿Por qué? _____

D18. Los médicos que la atendieron se presentaron o dieron a conocer de alguna manera su nombre?

RU - guiada

1. Sí, todos 3. Ninguno de ellos
2. Sólo algunos de ellos 8. Ns/Nc

D.19 ¿La atención y trato recibido durante la internación fue el esperado?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

D19.1. Por qué? _____

D20. Mientras permaneció en esta institución, considera que recibió un trato respetuoso?

1. Sí 2. No 8. Ns/Nc

D20.1. Por qué? _____

D21. Si pudiera elegir, ¿volvería a atenderse en esta Maternidad?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

D21.1. Por qué? _____

E. INFORMACION RECIBIDA *(Sólo para madres que ya tienen el alta hospitalaria)*

E1. ¿Considera que la información y las indicaciones que le dieron fueron claras y precisas?

1. Si 2. No 8. Ns/Nc

E1.1. Por qué? _____

E2. De la siguiente lista de temas, quisiera que me dijera si en alguna ocasión recibió información durante su permanencia en esta Maternidad:

Tema	Recibió	No recibió	Ns/Nc
Métodos anticonceptivos			
Lactancia			
Cuidados del recién nacido			
Inscripción del recién nacido			
Lugar de referencia para control del recién nacido			