



Región del Hemisferio Occidental

Please select  
which language  
you would like to  
use.

Por favor

seleccione el

idioma que desea

utilizar.

*English*

*Español*



Región del Hemisferio Occidental

**Por favor regístrese para abrir la encuesta.**

**Ingrese el código de identificación de la encuesta y la clave de acceso que fueron enviadas a la/el Director Ejecutivo.**

Código de  
identificación de  
la encuesta en  
letras minúsculas

Clave de acceso  
en letras  
minúsculas

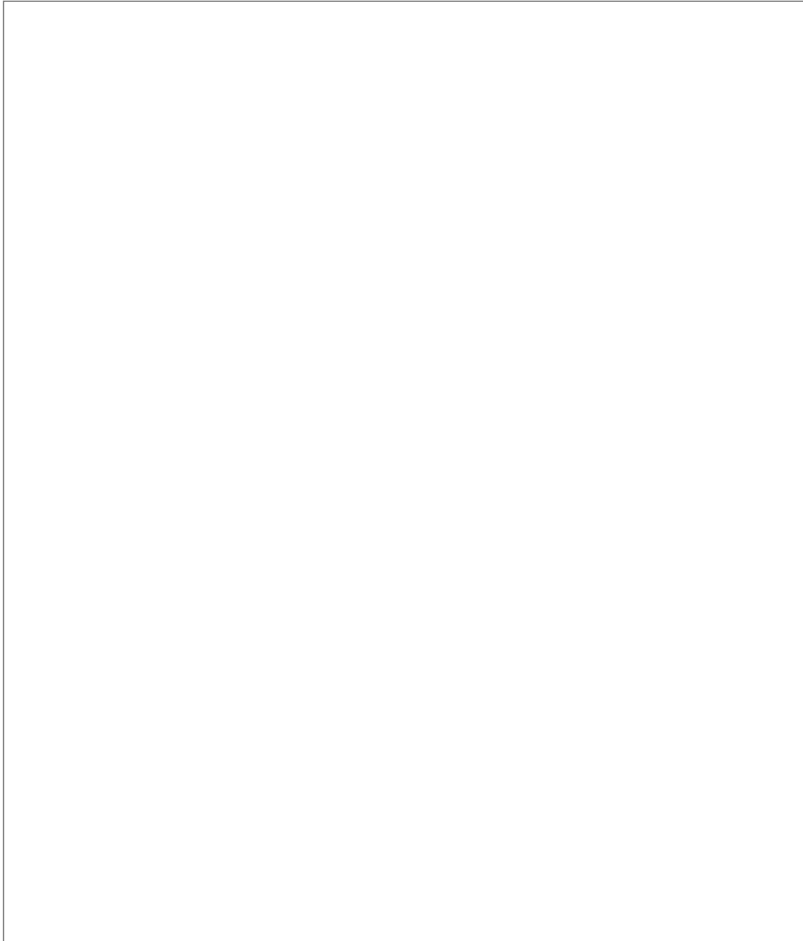
## ROL Y CONTEXTO DE LA ASOCIACIÓN MIEMBRO

### Gobierno actual

**Q1.1** Por favor ingrese el nombre de su Asociación

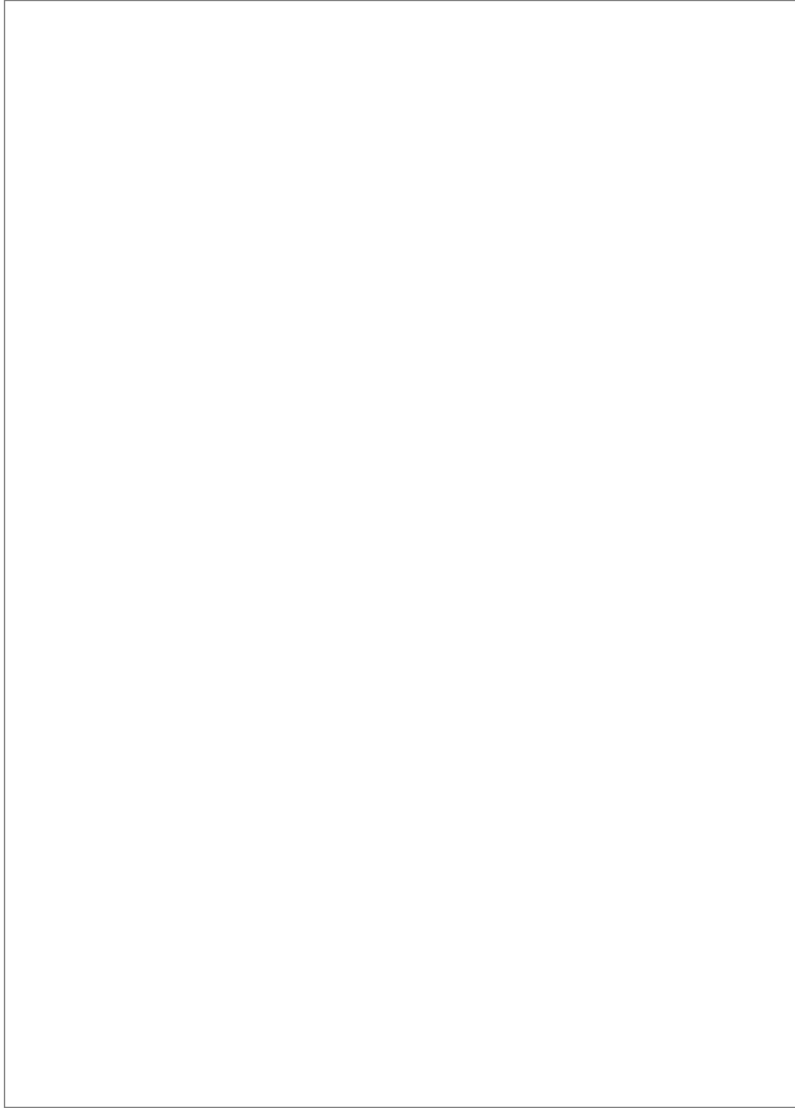
**Q1.2** ¿Cuáles servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ofrece el gobierno, si es que ofrece alguno?

**Q1.3 ¿Qué tan efectivo es el sector público en relación con la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva?**

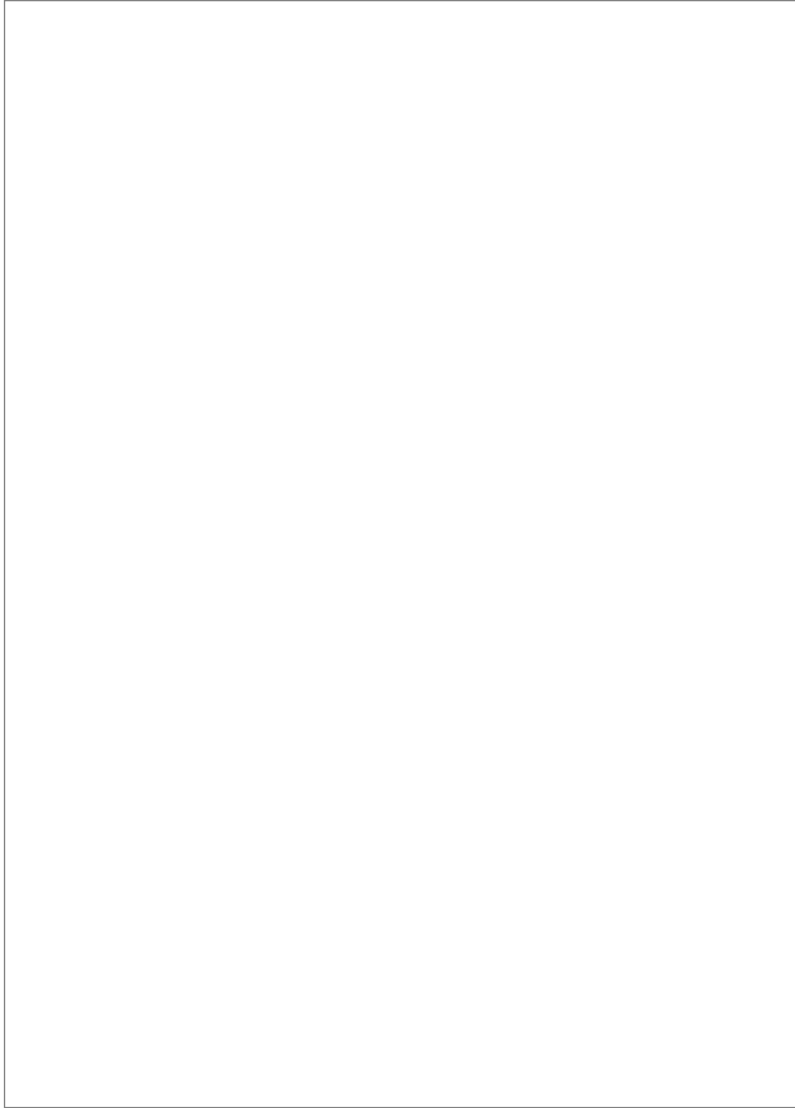


Gobierno actual

**Q1.4 ¿Se aprobó o modificó alguna ley y/o política en 2008 que afecte el acceso a los servicios de SSR, la condición de las mujeres, o la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en su país? En caso afirmativo, por favor describa. Si no hubo cambios, por favor escriba NINGUNO en el siguiente espacio.**



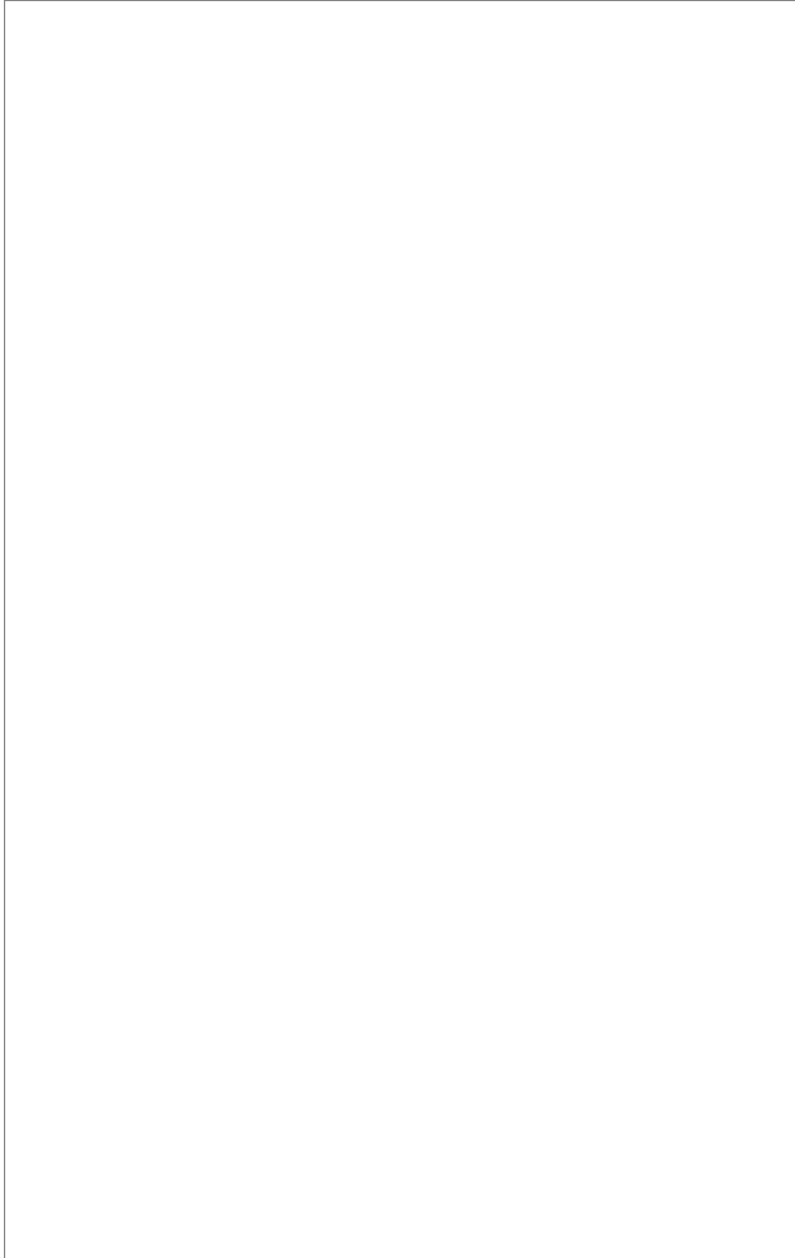
**Q1.5** Por favor describa el actual contexto político en su país en torno a la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR). Usted puede mencionar, por ejemplo, oportunidades, amenazas y/o eventos políticos importantes que pueden afectar los aspectos de SDSR que sean relevantes para su Asociación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

## Rol y contexto de la Asociación Miembro: Alianzas

**Q1.6** Por favor describa cualquier alianza actual o potencial que su Asociación tenga con el Ministerio de Salud o con otras agencias del sector público.

En los casos en que existan alianzas, por favor indique si son nacionales o locales.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe any current or potential alliances with the Ministry of Health or other public sector agencies. The box is currently blank.

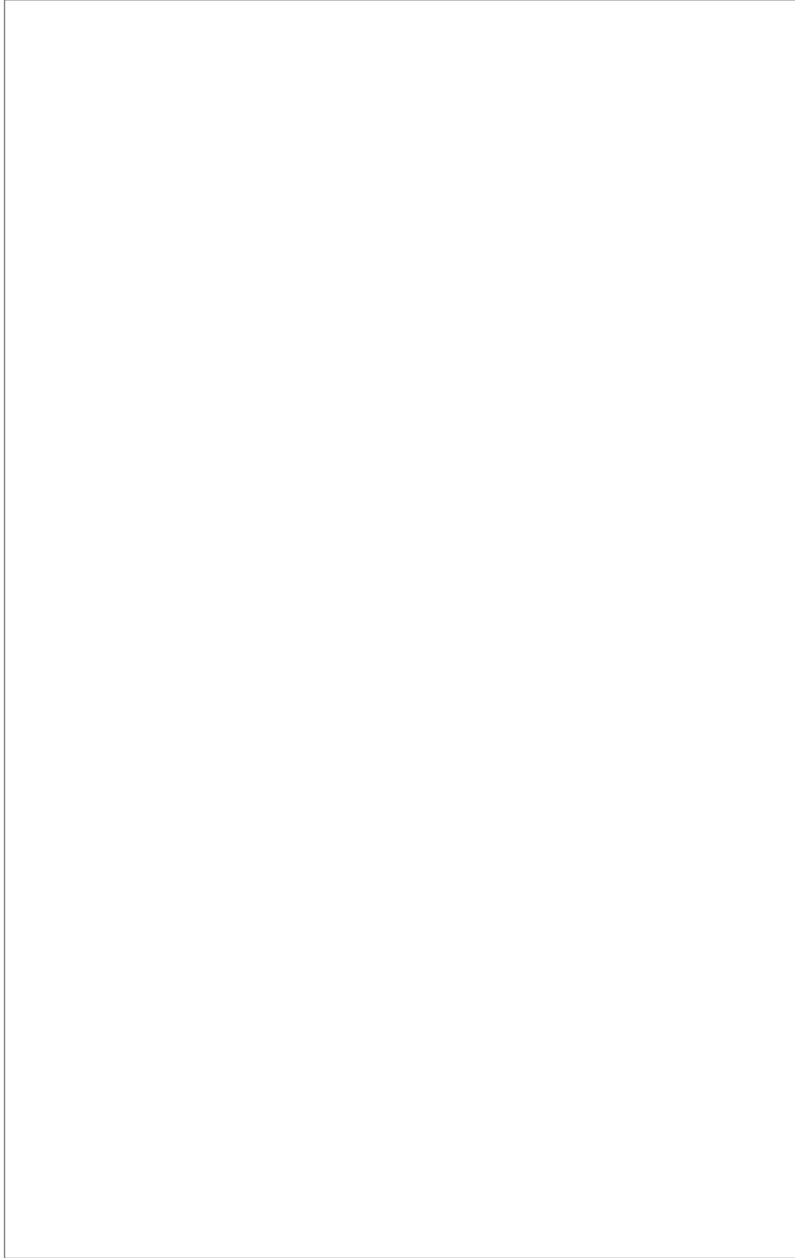
**Q1.7** Por favor describa cualquier alianza formal actual o probable que su Asociación haya establecido con otras organizaciones no gubernamentales (ONG) u organizaciones de la sociedad civil (OSC)

Si existe una alianza, por favor describa el tópico específico o el área en la que trabajan como aliadas.

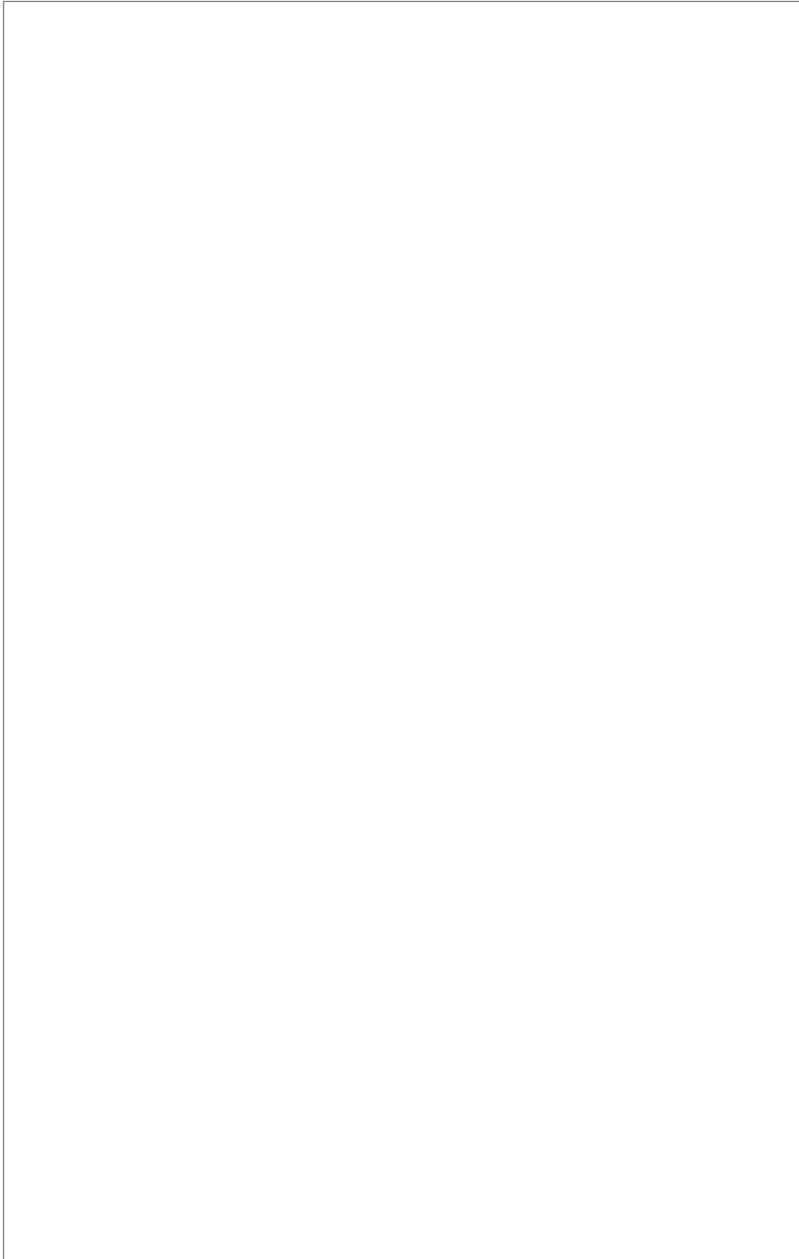


Rol y contexto de la Asociación Miembro: Retos

**Q1.8** Por favor describa brevemente cualquier nuevo reto importante que la Asociación haya enfrentado durante 2008 y las acciones/planes para enfrentarlo.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide their answer to question Q1.8. The box is currently blank.

**Q1.9** Por favor describa brevemente cualquier nuevo reto que probablemente la Asociación enfrentará en 2009 y las acciones/planes para enfrentarlo.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

Rol y contexto de la Asociación Miembro: Servicios

**Q1.10 ¿Qué porcentaje (%) de los servicios de SSR en el país son provistos por su Asociación?**

**Ingrese una cifra ya sea EXACTA o ESTIMADA.**

**Si las cifras son exactas, por favor indique la fuente de sus datos; si no es exacta, por favor proporcione una estimación si es posible.**

**Por favor ingrese "No disponible" en el espacio siguiente si usted no tiene este dato disponible.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to enter their response to the question. It occupies the lower half of the page.

**Q1.11 ¿Qué porcentaje (%) de la Tasa de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos del país es atribuible a su Asociación?**

**Ingrese una cifra ya sea EXACTA o ESTIMADA.**

**Si las cifras son exactas, por favor indique la fuente de sus datos; si no es exacta, por favor proporcione una estimación si es posible.**

**Por favor ingrese "No disponible" en el espacio siguiente si usted no tiene este dato disponible.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to enter their response to the question. It occupies the lower half of the page.

## ACCESO

### Acceso: Poblaciones vulnerables

**Q2.1 ¿Tiene su Asociación programas o estrategias (incluyendo la distribución de anticonceptivos) DISEÑADOS ESPECÍFICAMENTE para llevar sus servicios a las siguientes poblaciones vulnerables? Seleccione las opciones que sean aplicables.**

**Nota:** Los servicios diseñados específicamente no se limitan a proveer servicios a clientes que representan a un grupo vulnerable, sino que implican esfuerzos estratégicos diseñados para llegar a una población específica. Los servicios diseñados a la medida implican, por ejemplo: actividades de IEC o mensajes de mercadeo dirigidos a un grupo específico; la capacitación/sensibilización del personal de la Asociación para que pueda atender a un grupo específico; y/o sitios/horarios/programas especiales que se ofrecen a las poblaciones vulnerables específicas.

- Nuestra Asociación no tiene programas diseñados específicamente para atender a poblaciones vulnerables.*
- Personas desplazadas*
- Personas indígenas*
- Trabajadores migrantes*
- Personas con discapacidades físicas y mentales*
- Poblaciones rurales*
- Personas diversas sexualmente (gays, lesbianas, transgéneros, personas que cuestionan su identidad sexual y/o intersexuales incluyendo hombres que tienen relaciones sexuales con hombres)*
- Personas víctimas de trata de seres humanos*
- Mujeres que experimentan violencia basada en género*
- Jóvenes que viven y/o trabajan en las calles*
- Otras poblaciones vulnerables*

*Por favor especifique cuáles otras poblaciones vulnerables atiende su Asociación*

Acceso: Unidades Móviles de Salud

**Q2.2** ¿Su Asociación opera alguna Unidad Móvil de Salud?

Sí

No

**Q2.3** "Si la AM opera unidades móviles"

Si está disponible la información sobre el número de PERSONAS atendidas por las unidades móviles de la Asociación en 2008, por favor proporcione una cifra aproximada en el siguiente espacio.

## Acceso: Anticoncepción de Emergencia

**Q2.4** ¿Proporciona su Asociación Anticoncepción de Emergencia (AE)?  
Seleccione las que sean aplicables.

- Proporcionamos el método Yuzpe (usando píldoras anticonceptivas orales comunes en dosis modificadas)*
- Proporcionamos producto(s) dedicado(s).*
- No proporcionamos AE.*

**Q2.5** ¿Es una práctica estándar para su Asociación abordar el tema de la Anticoncepción de Emergencia durante las sesiones de consejería anticonceptiva?

**Nota:** Una práctica puede considerarse 'estándar' cuando la manera en que la Asociación espera que el personal responda a una situación en particular (i.e. registrar la historia clínica del cliente) ha sido comunicada al personal y todo el personal en todos los sitios de la Asociación la realiza de manera consistente.

- Sí*
- No*

**Q2.6** ¿Proporciona su Asociación AE a clientes que experimentan violencia basada en género (incluida la violencia sexual)?

- Sí*
- No*

Acceso: Violencia Basada en Género

**Q2.7** ¿Realiza su Asociación un tamizaje sistemático de la violencia basada en género para todas sus clientas en sus clínicas o sitios de prestación de servicios?

Sí

No

**Q2.8**

¿Cuál es la política de su Asociación para el tamizaje de la violencia basada en género (VBG)?

Por favor seleccione una sola opción.

No hay una política de tamizaje (algunos prestadores de servicios lo hacen y otros no)

Las clientas son tamizadas SOLAMENTE durante su primer visita

Las clientas son tamizadas en CADA visita

Otra política

Por favor describa la política

**Q2.9** Las siguientes preguntas se relacionan con el tamizaje, detección y tratamiento de la violencia basada en género.

Por favor escriba "No Disponible" en los espacios siguientes si usted no cuenta con esta información.

En promedio, ¿cuántas mujeres son sujetas a **tamizaje** de VBG cada mes en su Asociación?

*En promedio, ¿cuántas mujeres son detectadas como víctimas de VBG cada mes en su Asociación?*

*En promedio, ¿cuántas mujeres son referidas cada mes por su Asociación a otras organizaciones para recibir servicios relacionados con la VBG?*

Acceso: IEC

**Q2.10** Sabemos que muchas Asociaciones proporcionan diferentes tipos de servicios de Información, Educación y Comunicación (IEC). Por favor indique el número de personas que en 2008 recibieron de su Asociación cada uno de los tipos de capacitación o servicios relacionados con IEC que se especifican enseguida.

*Número de educadores pares jóvenes/miembros del YAM que recibieron capacitación de su Asociación*

*Número de personas adultas (que no son profesionales de la salud) que recibieron servicios educativos de SSR*

*Número de profesionales de la salud que recibieron capacitación técnica/servicios educativos en SSR*

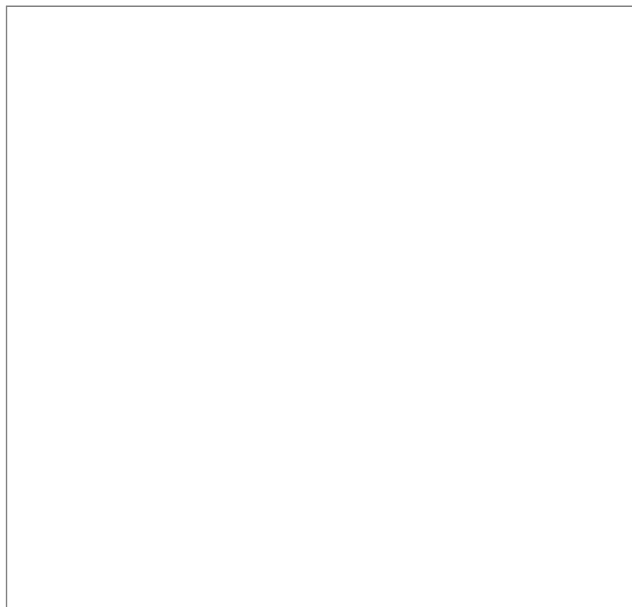
**Q2.11** ¿Cuáles de los siguientes tópicos su Asociación aborda de manera rutinaria?

Por favor responda Sí o No a cada tópico.

|  | <i>Sí</i>             | <i>No</i>             |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <i>Diversidad Sexual</i>                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Educación Integral en Sexualidad</i>                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Sexualidad y Placer</i>                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Otro</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q2.12

Por favor describa el(los) Otro(s) tópico(s) que su Asociación aborda rutinariamente.



Aceso: Política sobre acoso sexual e información de contacto

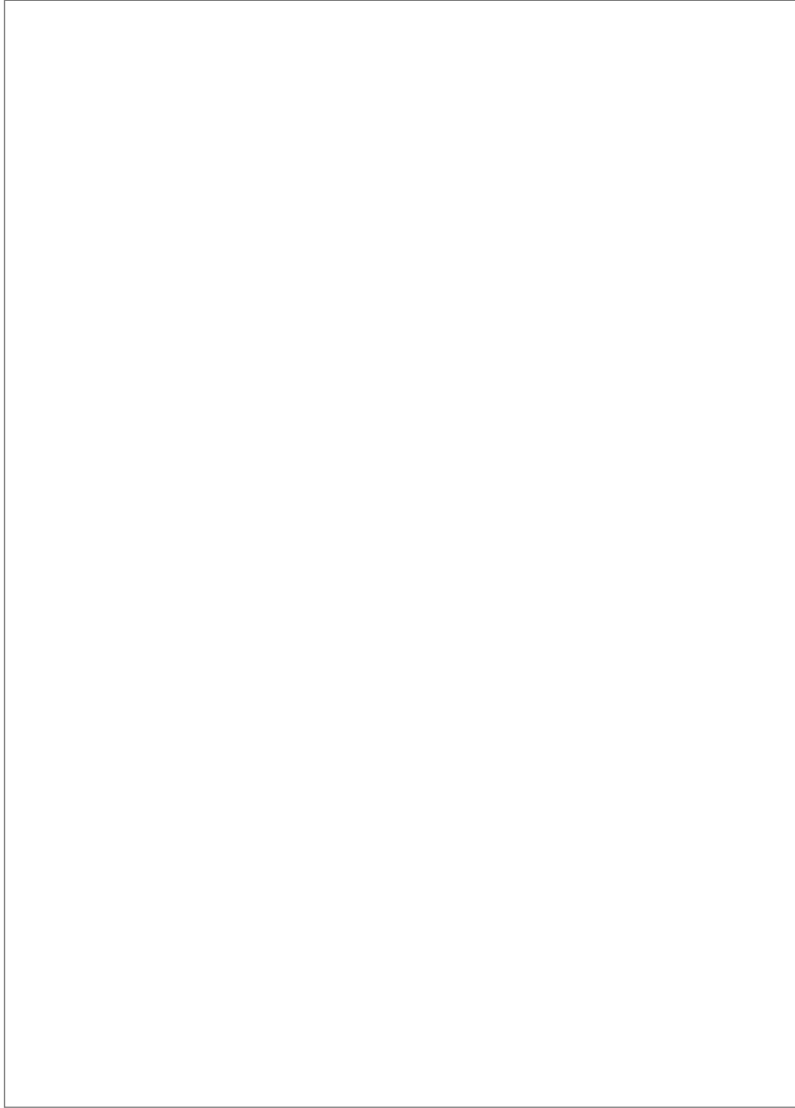
Q2.13 ¿Tiene su Asociación una política oficial por escrito sobre acoso sexual ?

*Si*

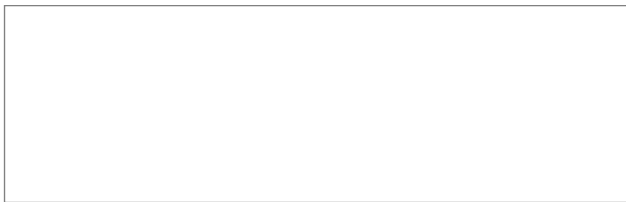
*No*

**Q2.14**

**Por favor pegue la política oficial de la AM sobre acoso sexual en el espacio siguiente.**



**Q2.15 Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección de Acceso de la encuesta.**



## Embarazo no deseado y aborto

### Embarazo no deseado y aborto: Consejería

**Q3.1** Cuando se da a las clientas un resultado positivo de prueba de embarazo ¿es una práctica estándar discutir con ellas si el embarazo es deseado o no deseado?

**Nota:** Una práctica puede considerarse 'estándar' cuando la manera en que la Asociación espera que el personal responda a una situación en particular (i.e. registrar la historia clínica del cliente) ha sido comunicada al personal y todo el personal en todos los sitios de la Asociación la realiza de manera consistente.

Sí

No

Nuestra Asociación no proporciona pruebas de embarazo

## Embarazo no deseado y aborto: Servicios

**Q3.2** Cuando una clienta expresa que tiene un embarazo no deseado, ¿es una práctica estándar el proporcionarle información sobre los siguientes tópicos?

Por favor responda Sí o No a cada tópico.

Nota: Una práctica puede considerarse 'estándar' cuando la manera en que la Asociación espera que el personal responda a una situación en particular (i.e. registrar la historia clínica del cliente) ha sido comunicada al personal y todo el personal en todos los sitios de la Asociación la realiza de manera consistente.

|   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <i>Programas que apoyan a familias vulnerables o en desventaja, lo que incluye programas para madres solteras</i>               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Adopción</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Circunstancias legales que permiten que una mujer termine un embarazo bajo ciertas causales</i>                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Continuar con el embarazo</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Servicios de atención prenatal</i>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Información exhaustiva sobre métodos tanto seguros como inseguros para la terminación del embarazo</b>                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Nuestra Asociación no proporciona información alguna sobre las opciones que tienen las mujeres con embarazos no deseados</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Q3.3** Según las leyes en su país, ¿hay alguna circunstancia bajo la cual el aborto es legal?

Sí, el aborto es legal bajo ciertas circunstancias.

No, el aborto es ilegal bajo cualquier circunstancia.

**Q3.4**

¿Presta su Asociación los siguientes servicios relacionados con el aborto legal?

Por favor responda Sí o NO para cada servicio.

|   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <i>Cuando está legalmente permitido, la Asociación proporciona a los clientes referencia para servicios de aborto legal</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Cuando está legalmente permitido, los servicios de aborto legal se proporcionan en las clínicas de la Asociación</b>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q3.5 ¿Conduce su Asociación actividades de atención post aborto (APA)?

Sí

No

Q3.6

¿Conduce su Asociación alguna de las siguientes actividades de atención post aborto (APA)?

Por favor responda Sí o NO para cada actividad.

|   | Sí                               | No                    |
|---|----------------------------------|-----------------------|
| Se da tratamiento a clientes con aborto incompleto usando Aspiración Manual Endouterina | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |                                  |                       |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Se da tratamiento a clientes con aborto incompleto usando Dilatación y Legrado | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|----------------------------------|-----------------------|

|  |                                  |                       |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Se da tratamiento a clientes con aborto incompleto usando medicamentos | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|----------------------------------|-----------------------|

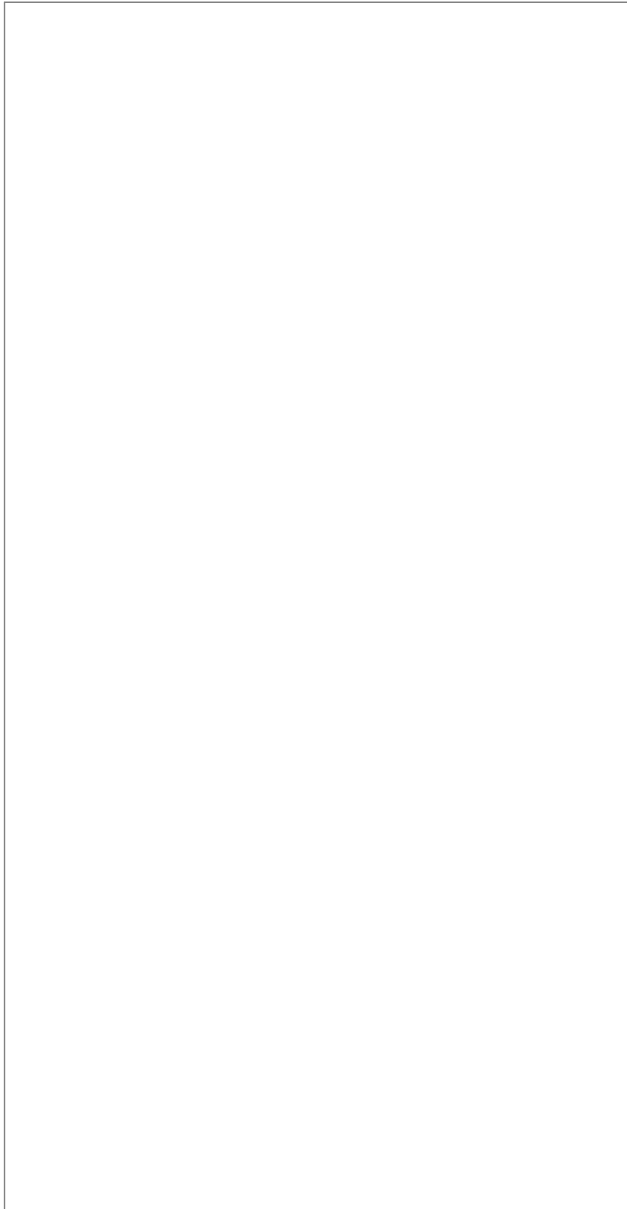
|  |                                  |                       |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Se refiere a clientes con abortos incompletos a otra institución de salud para tratamiento | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|----------------------------------|-----------------------|

|  |                                  |                       |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Se proporciona consejería post aborto que <u>incluye consejería anticonceptiva</u> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|----------------------------------|-----------------------|

|  |                                  |                       |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| Se conduce actividades de alcance comunitario para educar a las mujeres sobre la forma de reconocer complicaciones post aborto y saber cuándo deben buscar tratamiento para las complicaciones | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|----------------------------------|-----------------------|

**Q3.7**

**Por favor explique por qué su Asociación no conduce actividades de atención post aborto (APA).**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide an explanation for why their association does not conduct post-abortion care (APA) activities.

## Embarazo no deseado y aborto: Posición oficial

**Q3.8** ¿Tiene su Asociación una posición oficial por escrito sobre el aborto?

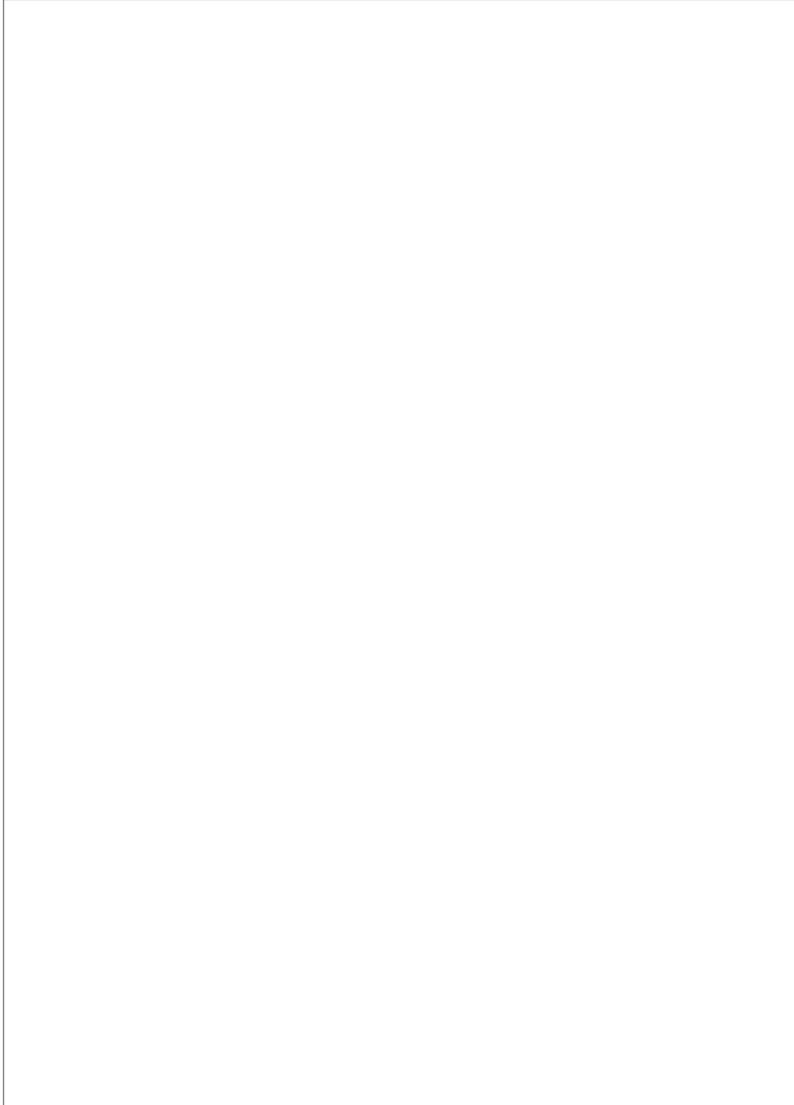
Sí

No

**Q3.9** "Si la AM tiene una posición oficial por escrito sobre el aborto"  
Por favor indique en dónde la posición está escrita (por ejemplo, es una resolución de la Junta, un protocolo, un memorándum u otro tipo de documentación).

**Q3.10**

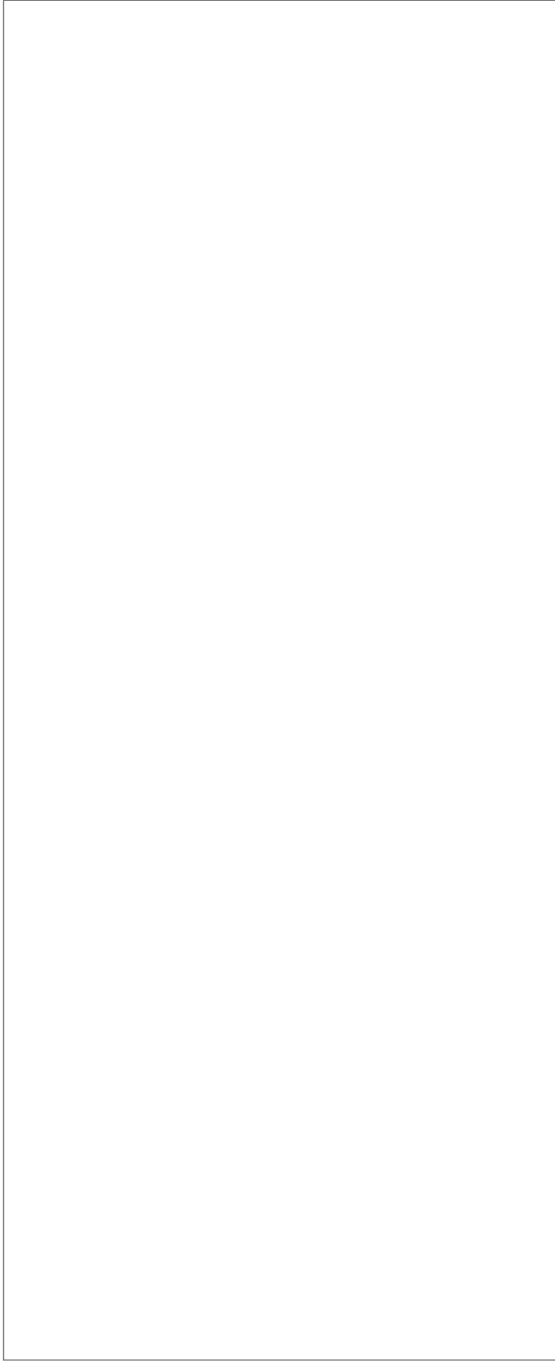
Por favor, si la AM tienen una posición oficial por escrito sobre el aborto, pegue el texto de esa posición oficial en el espacio siguiente.



**Q3.11** ¿Tiene su Asociación una estrategia de comunicación para compartir su posición escrita sobre el aborto con todos los miembros del personal?

- Sí
- No

**Q3.12 Por favor describa la estrategia de comunicación y los mecanismos que usa su Asociación para compartir la posición escrita sobre el aborto con las y los miembros de su personal.**



Embarazo no deseado y aborto: Información de contacto

**Q3.13** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección sobre Embarazo no Deseado y Aborto de la encuesta.

## VIH/SIDA

### VIH/SIDA: Consejería para la Prueba Voluntaria

#### Q4.1 ¿Proporciona su Asociación servicios de Consejería para la Prueba Voluntaria (CPV)?

Nota: La CPV es una combinación de dos servicios: pruebas de VIH así como consjería que recibe la/el cliente antes y después de la prueba. Se le llama 'voluntaria' debido a que la/el cliente decide si se somete o no a la prueba sin coerción.

Sí

No

#### Q4.2 "Si la AM proporciona servicios de CPV" ¿Cuenta su Asociación con un sistema de referencias en operación para alguno de las siguientes tipos de referencia? Por favor seleccione todas las opciones que sean aplicables.

Nota: Contar con un sistema de referencia significa que la Asociación tiene un directorio actualizado de organizaciones que proveen servicios relacionados con el VIH/SIDA, mantiene un proceso formal o mecanismo para hacer referencias; y, en la medida de lo posible, el personal de la Asociación acompaña a las/los clientes a los sitios de referencia o les da seguimiento para asegurar que los servicios son provistos de manera satisfactoria.

Referencia para medicamentos antirretrovirales (ARV)

Referencia para seguimiento y monitoreo médico

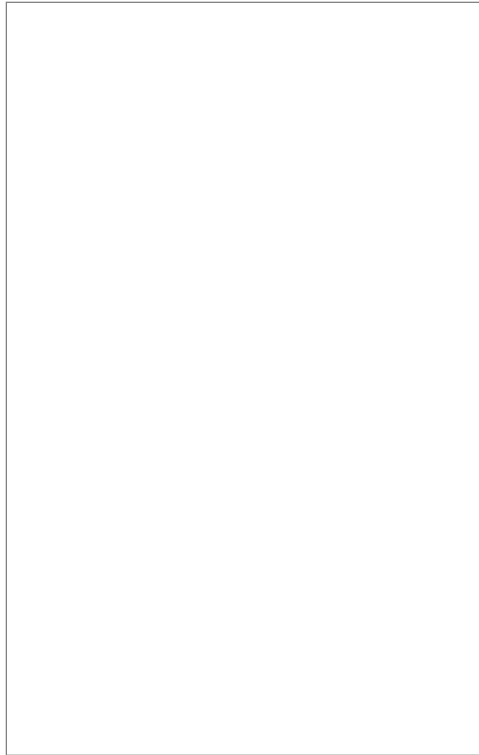
Referencia para apoyo psicosocial

Referencia para tratamiento de infecciones oportunistas

Referencias para otros servicios relacionados con el VIH/SIDA

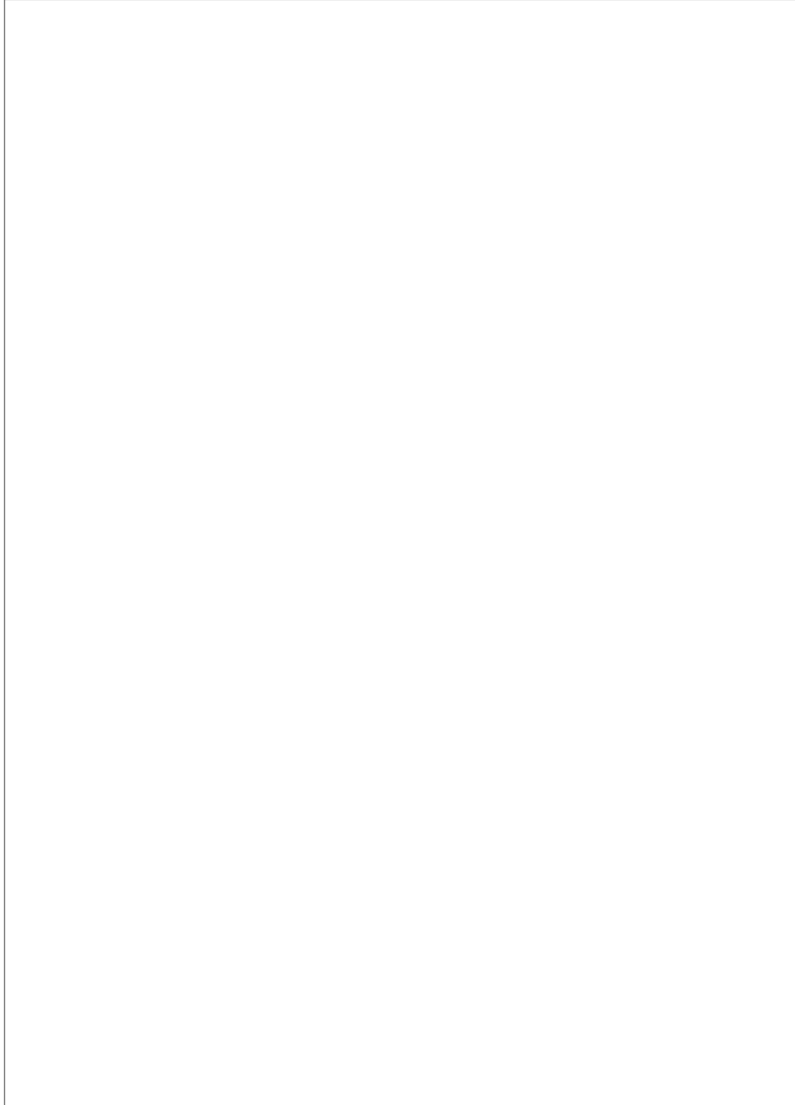
Ninguna de las anteriores

*Si no existe un sistema de referencias, por favor haga una lista de los retos que enfrenta la Asociación para establecer un sistema de referencias.*



Q4.3

Por favor haga una lista de los servicios de referencia que la Asociación ofrece para otros servicios relacionados con el VIH/SIDA.



Q4.4

¿Refiere su Asociación a sus clientes a otras instituciones de salud para servicios de CPV?

Sí

No

## VIH/SIDA: Participación en el Fondo Mundial

**Q4.5 ¿Forma parte su Asociación del Mecanismo Coordinador de País (MCP) del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGLSTM)?**

**Definición: Mecanismo Coordinador de País (MCP) - alianza o red a nivel nacional (incluyendo, por ejemplo, al gobierno, el sector privado, las ONG y las organizaciones multilaterales) que desarrolla y presenta la propuesta de subvención al Fondo Mundial.**

*Sí*

*No*

**Q4.6 "Si la AM forma parte del MCP"**

**Por favor explique la naturaleza de su participación en el MCP.**

**Q4.7 ¿Recibe su Asociación financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGLSTM)?**

*Sí, la Asociación es la Receptora Principal*

*Sí, la Asociación es una Sub-Receptora*

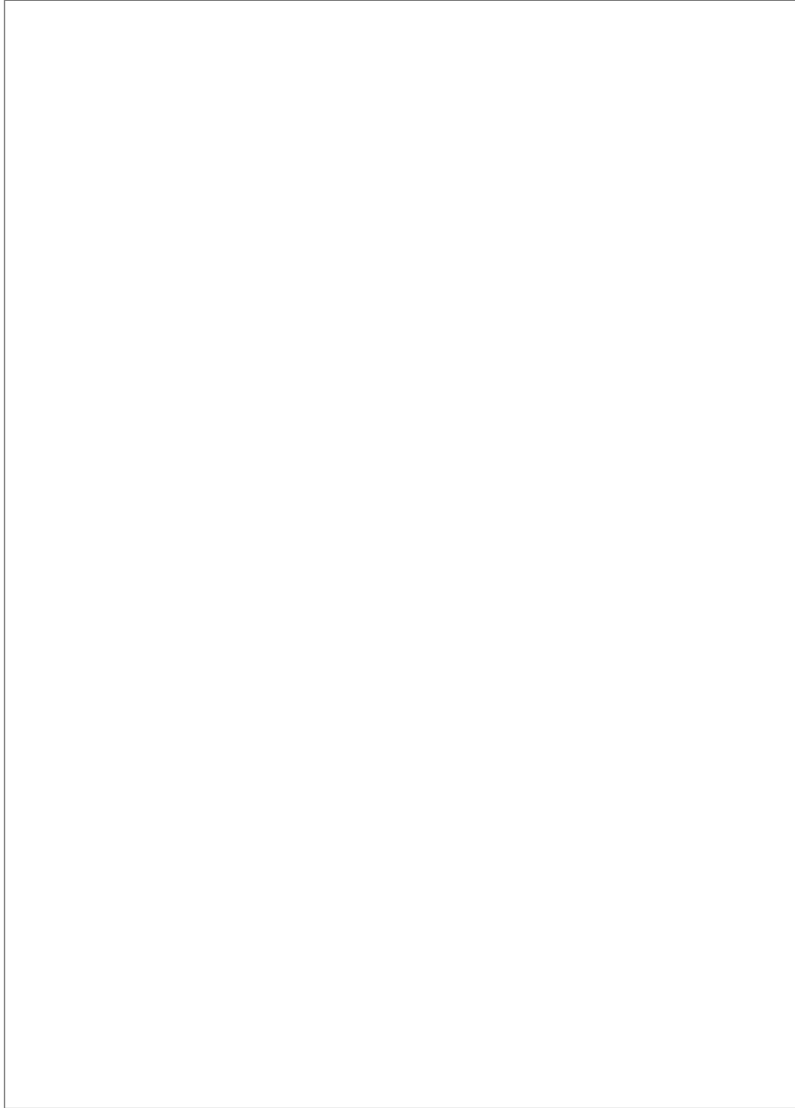
*No, nuestra Asociación no recibe fondos del Fondo Mundial*

**Q4.8 "Si la AM es Receptora Principal"**

**Por favor describa las principales actividades de su Asociación en el rol de Receptora Principal del Fondo Mundial.**

**Q4.9 "Si la AM es Sub-Receptora Principal"**

**Por favor describa las principales actividades de su Asociación en el rol de Sub-Receptora Principal del Fondo Mundial.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe the main activities of their association in its role as the primary sub-receiver of the World Fund.

VIH/SIDA: Provisión de condones para la gente joven

**Q4.10 ¿De qué forma su Asociación hace que los condones estén disponibles (ya sea gratuitamente o mediante el pago de una cuota) para los jóvenes?**

Seleccione todas las respuestas que sean aplicables.

- Las/los educadores pares u otras personas proporcionan condones a jóvenes en eventos especiales, como el Día Mundial del SIDA u otras ferias*
- Las/los educadores pares siempre tienen condones para proporcionar a sus pares*
- Los condones se proporcionan a las/los jóvenes cuando los solicitan en los centros clínicos o juveniles de la Asociación*
- Los condones se promueven entre las/los jóvenes por las/los promotores de salud en los sitios de Distribución Basada en la Comunidad (DBC)*
- Los condones están **visible y abiertamente disponibles** para las/los jóvenes en los centros clínicos o juveniles de la Asociación, sin tener que solicitarlos.*
- Otros*

*Otros -  
Por  
favor es  
pecifiqu  
e:*

**Q4.11**

**Por favor describa las estrategias claves que utiliza su Asociación para hacer que los condones estén visible y abiertamente disponibles para las/los jóvenes, respondiendo a las siguientes preguntas.**

**¿En dónde se colocan los condones disponibles para las/los jóvenes?**

**Q4.12 ¿Quién proporciona los condones a las/los jóvenes?**

**Q4.13 ¿Hay algunas veces o lugares/situaciones en las que los condones no están disponibles para las/los jóvenes?**

VIH/SIDA: Educadores pares y distribución de condones

Q4.14 ¿Promueve su Asociación el condón femenino?

Sí

No

Q4.15 ¿Tiene la Asociación algunas poblaciones prioritarias a las que ustedes están llegando con prevención del VIH/SIDA, servicios y/o acciones de alcance comunitario para grupos vulnerables específicos?

Sí

No

Q4.16 "Si educadores pares distribuyen condones"

Por favor describa brevemente las poblaciones prioritarias, en dónde están localizadas y las estrategias específicas para llegar a ellas.

VIH/SIDA: Información de contacto

**Q4.17** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección de VIH/SIDA de la encuesta

## ADOLESCENTES

### Adolescentes: Servicios

**Q5.1** ¿Utiliza su Asociación un plan de estudios estándar para proporcionar educación en sexualidad a la gente joven?

Sí

No

Go to N5.3

**Q5.2** ¿Cómo se llama el plan de estudios que ustedes usan para impartir educación en sexualidad a la gente joven?

**Q5.3** ¿Quién desarrollo el plan de estudios que ustedes usan para educación en sexualidad a la gente joven?

**Seleccione solamente una respuesta.**

*Ministerio de Educación o Salud*

*Su Asociación*

*Otra Asociación de IPPF*

*Una ONG (local o internacional) que no es parte de IPPF.*

*Otro*

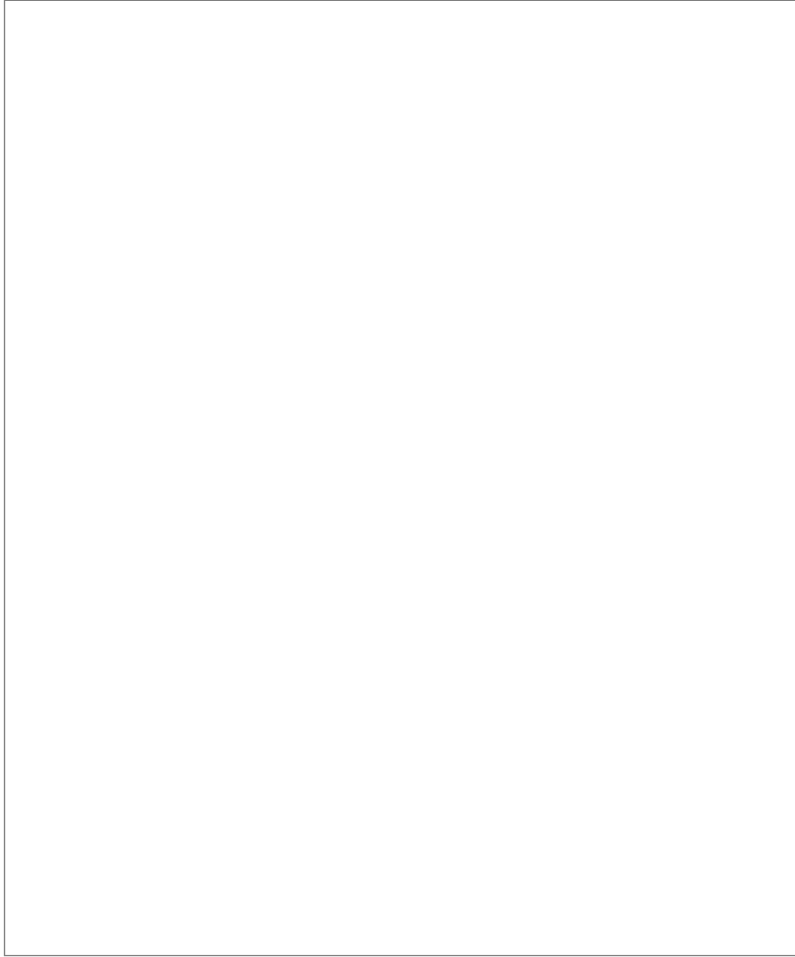
*Por favor es  
pecifique*

## Adolescentes: Servicios

**Q5.4** ¿En qué lugar ofrece su Asociación servicios DISEÑADOS ESPECÍFICAMENTE para la juventud?  
Por favor responda Sí o NO para cada opción.

|   | <i>Sí</i>                        | <i>No</i>                        |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Nosotros ofrecemos servicios clínicos a jóvenes en un edificio separado                                     | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Nosotros ofrecemos servicios clínicos a jóvenes en un espacio separado en la clínica de adultos             | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Nosotros ofrecemos servicios clínicos a jóvenes durante horarios separados en la clínica de adultos         | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Los servicios clínicos diseñados específicamente para jóvenes están integrados con los servicios de adultos | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| De algunas otras formas, nosotros ofrecemos OTROS servicios clínicos diseñados específicamente para jóvenes | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |

**Q5.5 "Si la respuesta a la pregunta anterior sea otro"**  
**Por favor describa las otras forma en las que su Asociación ofrece servicios especialmente diseñados para la gente joven.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide their answer to the question. The box is currently blank.

## Adolescentes: Participación juvenil

**Q5.6** ¿Tiene su Asociación educadores pares activos/miembros del Movimiento de Advocacy Juvenil (YAM)?

Sí

No

Go to  
N5.5

**Q5.7** Por favor proporcione la siguiente información sobre las/los educadores pares/miembros del YAM de su Asociación:  
Por favor, si no cuenta con esta información, escriba "No Disponible" en los espacios siguientes.

**Nota:** La educación de pares se define como el conjunto de actividades de alcance comunitario realizadas por jóvenes y dirigidas a otros jóvenes, ya sea dentro o fuera del sistema escolar, y que incluye servicios de educación, información y referencias a otros servicios. Sabemos que en algunas Asociaciones las y los miembros del YAM proporcionan estos servicios. Esta pregunta se refiere directamente a las actividades que las y los jóvenes voluntarios conducen con otras personas jóvenes, y no con otras actividades relacionadas con la labor de advocacy que las y los miembros del YAM pueden llevar a cabo.

*Número de jóvenes educadores pares/miembros del YAM activos*

*Duración promedio de la capacitación de jóvenes para convertirse en educadores pares/miembros del YAM*

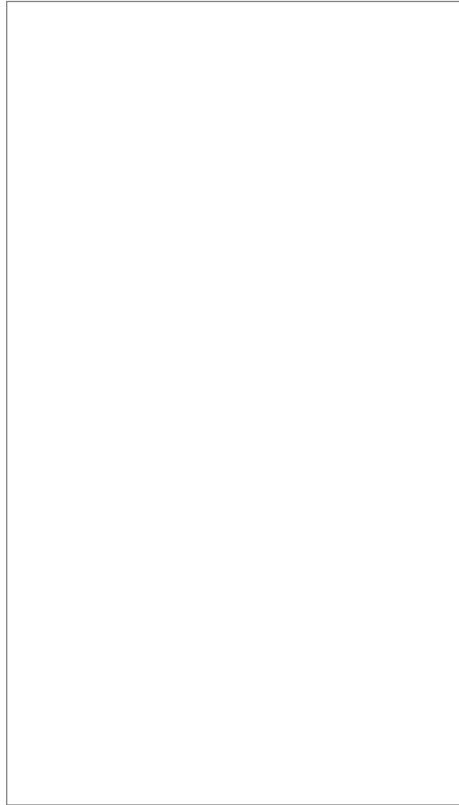
*Número promedio de horas por año que un educador par/miembro del YAM dedica a educar a sus pares*

*Número promedio de jóvenes por año que son atendidos por un educador par/miembro del YAM*

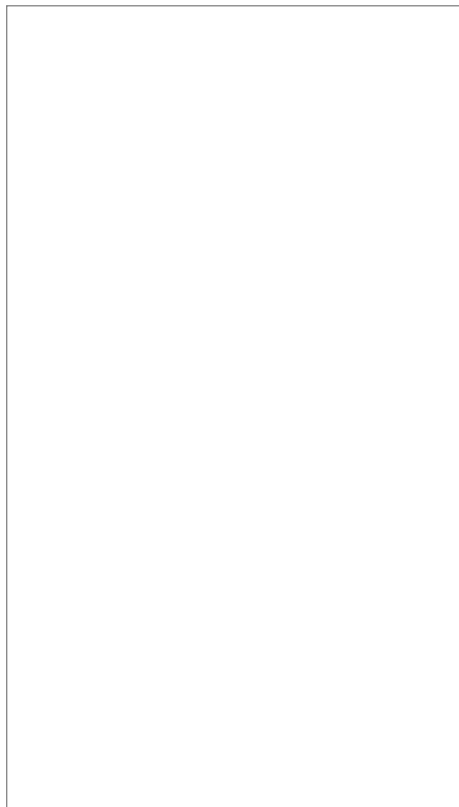
*Número promedio de horas de actividades educativas proporcionadas a cada joven por un educador par / miembro del YAM*

**Q5.8** Por favor describa lo que una/un educador par/miembro del YAM hace durante el transcurso de un año en su Asociación.  
Si su Asociación tiene tanto educadores pares como miembros del YAM, por favor describa lo que cada grupo hace.

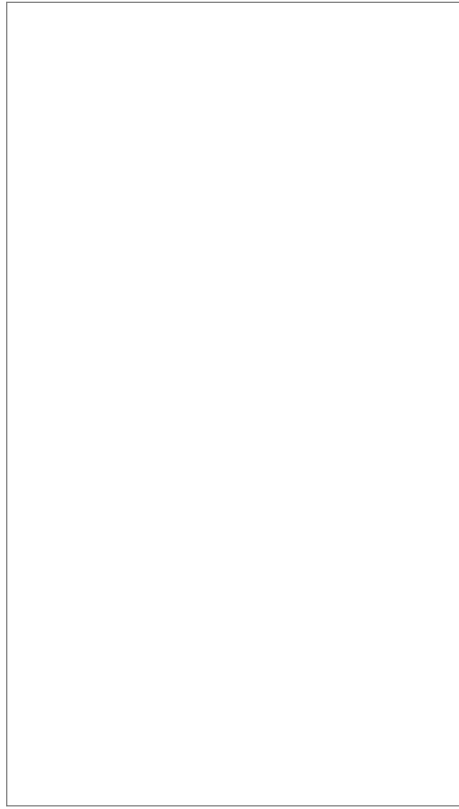
Actividades del educador par/miembro del YAM



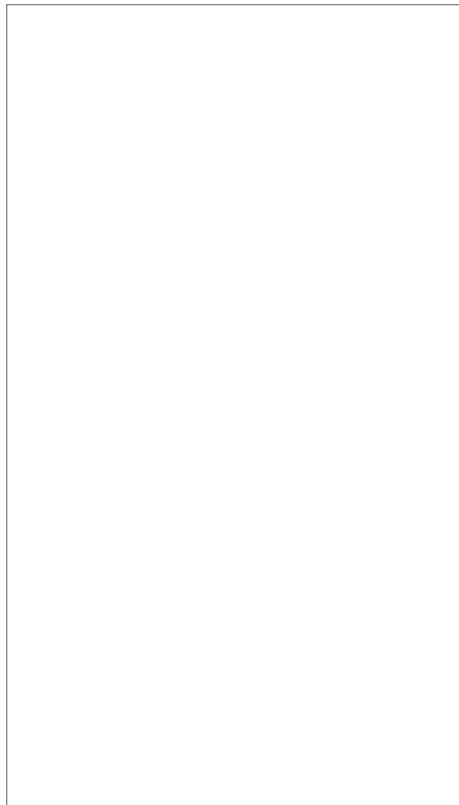
A quién y a dónde un educador par/miembro del YAM lleva sus actividades



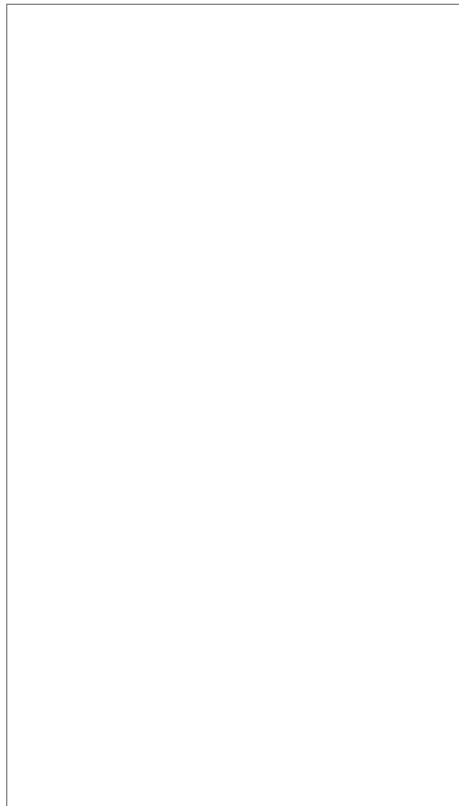
Tópicos cubiertos por el educador par / miembro del YAM en sus actividades



Decisiones en las que los educadores pares / miembros del YAM están involucrados en su Asociación

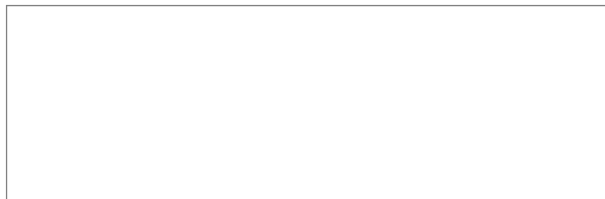


Por favor describa el tipo de actividades de supervisión y apoyo proporcionadas por los educadores pares / miembros del YAM



Adolescentes: Información de Contacto

**Q5.9** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección de Adolescentes de la encuesta.



## ADVOCACY

Comprendemos que, en muchas ocasiones, las actividades de advocacy no constituyen un área programática separada, pero pueden realizarse como parte de otros proyectos. Por lo tanto, al responder las siguientes preguntas, por favor considere todas las actividades relacionadas con la labor de advocacy, incluyendo las que sean aplicadas de manera más amplia, así como aquellas que pueden ocurrir a través de programas específicos (ej. Anticoncepción de Emergencia, VIH/SIDA, etc.)

### Advocacy: Estrategia y disponibilidad de personal

Q6.1 ¿Tiene su Asociación un Plan o Estrategia de Advocacy?

Sí

No

**Q6.2 "Si la AM tiene un plan o estrategia de Advocacy"**  
Por favor describa los principales objetivos o áreas estrategicas en su Plan/Estrategia de Advocacy de su Asociación.

**Q6.3 ¿Cuántos miembros del personal en la Asociación, aparte de la/el Director Ejecutivo, trabajan en Advocacy?**

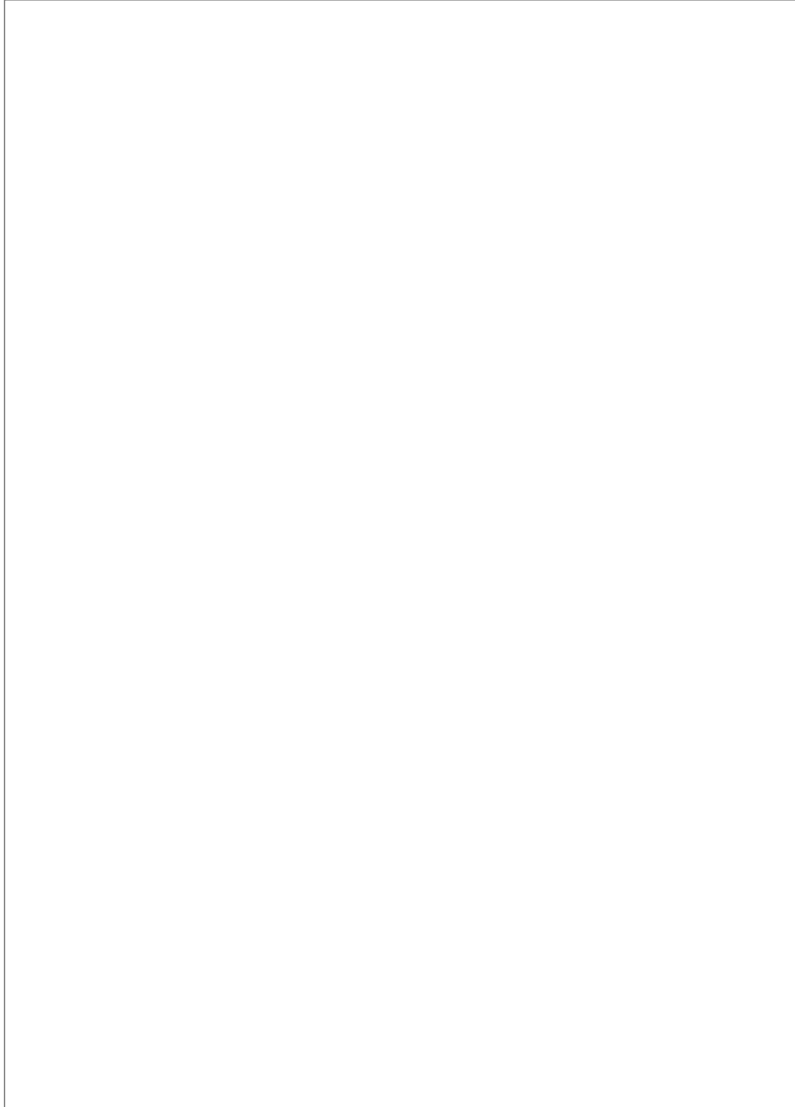
*Número de miembros del personal que trabajan tiempo completo en Advocacy*

*Número de miembros del personal que trabajan tiempo parcial en Advocacy*

## Advocacy: Retos y oportunidades

**Q6.4** Pensando en el trabajo de Advocacy de su Asociación, ¿hay algún reto u oportunidad específicos que usted prevea para el presente año?

Escriba "Ninguno" si no se prevén retos u oportunidades para 2009.



## Advocacy: Actividades directas de Advocacy

*Las preguntas en esta página se refieren al trabajo directo de Advocacy de la Asociación. Las actividades directas de Advocacy se definen como aquellas que influyen directamente en las personas que toman decisiones, con la finalidad de cambiar leyes, normas o políticas.*

**Q6.5** ¿Cuáles de las siguientes actividades directas de Advocacy se llevan a cabo de manera rutinaria como parte del trabajo general de Advocacy de su Asociación?

Seleccione las que sean aplicables.

- Nuestra Asociación no lleva a cabo actividades directas de Advocacy*
- Tratar de influir en la legislación*
- Tratar de influir en las políticas públicas*
- Tratar de influir en las asignaciones presupuestarias*
- Promover temas de SDR con candidatos durante elecciones locales o a nivel nacional*
- Participar en comités u organismos de toma de decisiones políticas que incluyan la SDR en su agenda*
- Abogar para que su país cumpla con los acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, CIPD+10, Programa de Acción de Beijing, etc.*
- Otro trabajo directo de Advocacy*

## Advocacy: Actividades indirectas de Advocacy

*Las preguntas en esta página se refieren al trabajo indirecto de Advocacy que realiza la Asociación. Las actividades indirectas de Advocacy se definen como aquellas que apoyan una mayor conciencia/comprensión pública de los temas y que ayudan a influir en el pensamiento de las y los tomadores de decisiones.*

**Q6.6** ¿Cuáles de las siguientes actividades indirectas de Advocacy realiza activamente su Asociación?

Seleccione todas las que sean aplicables.

- Nuestra Asociación no lleva a cabo actividades indirectas de Advocacy*
- Tratar de cambiar las opiniones/posiciones de funcionarios públicos*
- Trabajar con los medios para promover la información positiva sobre temas de SSR*
- Utilizar los medios para influir en la opinión pública a través de cartas al editor o artículos de opinión*
- Desarrollar materiales escritos sobre temas relacionados con las políticas*
- Movilizar la opinión y/o la acción pública (por ejemplo mediante cartas, demostraciones, etc.)*
- Asistir a reuniones con coaliciones, ONG y/o Gobierno*
- Otras actividades indirectas de Advocacy*

## Advocacy: Cobertura de Medios

**Q6.7** Por favor, describa la visibilidad de los temas de SDR en los medios en su país en 2008.

- La visibilidad de los temas de SDR en los medios *aumentó* en 2008.
- La visibilidad de los temas de SDR en los medios *disminuyó* en 2008.
- La visibilidad de los temas de SDR en los medios fue *más o menos la misma* en 2008 que la que se ha tenido en años recientes.

**Q6.8** ¿Cómo calificaría la CANTIDAD de cobertura de medios que su Asociación recibió en 2008?

- Poco frecuente/ esporádica (la Asociación rara vez es mencionada en los medios).
- Ocasional (la Asociación obtiene alguna cobertura en los medios).
- Sostenida (la Asociación es cubierta frecuentemente en los medios).
- Ninguna de las anteriores (nuestra Asociación no recibió cobertura de medios en 2008).

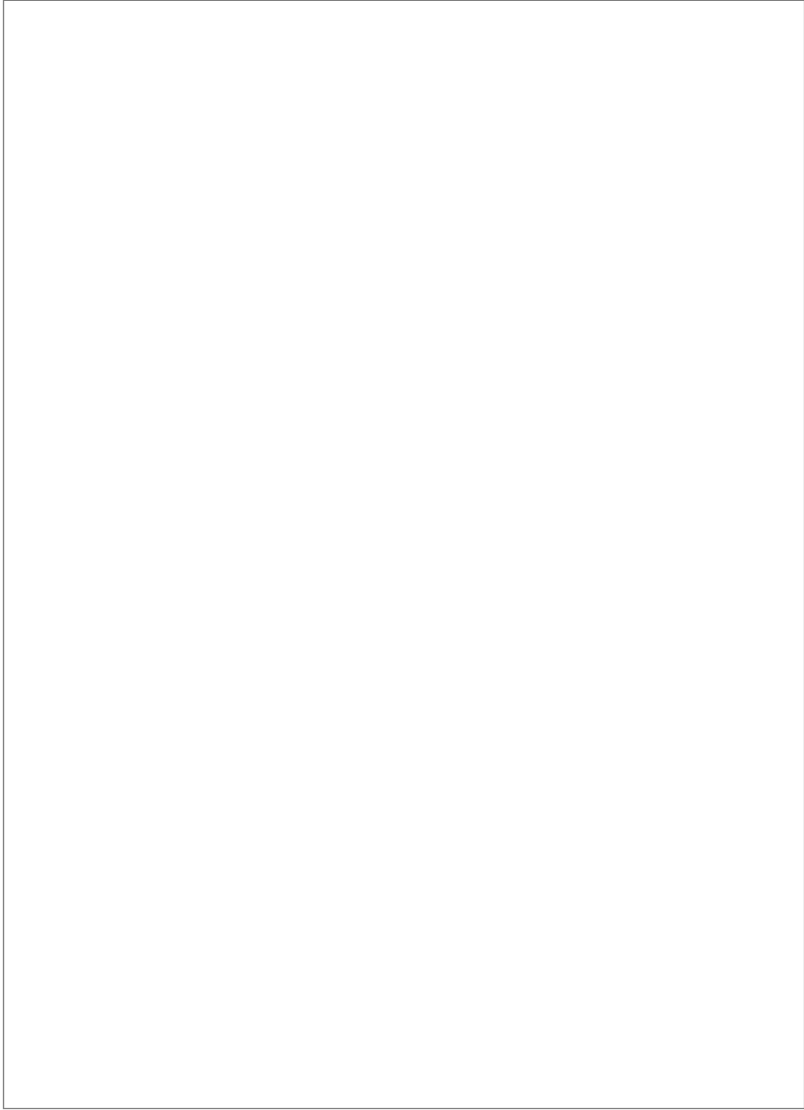
**Q6.9** ¿Cómo calificaría la CALIDAD de la cobertura de medios que su Asociación recibió en 2008?

- Pobre (la cobertura de medios es usualmente negativa y/o imprecisa)
- Mediana (la cobertura de medios es una mezcla de información positiva y negativa; es en cierta medida precisa)
- Buena (la cobertura es usualmente positiva y/o precisa)
- Ninguna de las anteriores (nuestra Asociación no recibió cobertura de medios en 2008)

**Q6.10** ¿Cuenta su Asociación con un sistema de medición de la cobertura de medios que recibe la Asociación?

- Sí
- No

**Q6.11 "Si la AM tiene un sistema de medición de la cobertura de medios"  
Por favor describa su sistema de medición de la cobertura de medios que recibe la Asociación.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe their media coverage measurement system.

Advocacy: Información de contacto

**Q6.12** Por favor ingrese el nombre y correo electrónico de la persona que contestó la sección de Advocacy de la encuesta.

## COMUNICACIONES

### Comunicaciones: Personal

**Q7.1** ¿Cuenta su Asociación actualmente con algún miembro del personal cuya responsabilidad primaria es desarrollar comunicaciones (como publicaciones y materiales de IEC) y trabajar con los medios de comunicación?

- Sí, un miembro del personal de tiempo completo.*
- Sí, un miembro del personal a tiempo parcial*
- No, nosotros no tenemos empleados a tiempo parcial o completo dedicado exclusivamente a actividades de comunicación*

**Q7.2** Por favor escriba el(los) nombre(s), título del cargo, dirección de correo electrónico Y describa la función primaria de este puesto

Información de miembros del personal a tiempo completo

|  |
|--|
|  |
|--|

Información de miembros del personal a tiempo parcial

|  |
|--|
|  |
|--|

**Q7.3** ¿Cuál es la formación/capacitación principal del personal que desarrolla las comunicaciones y/o que trabaja con los medios? (Si usted tiene múltiples miembros del personal con estas responsabilidades, por favor seleccione la respuesta más apropiada para la persona responsable de esta área).  
Seleccione solamente una opción.

*Medios / comunicaciones*

*Periodismo*

*Mercadeo*

*Programas de Salud Pública*

*Relaciones Públicas*

*Medico / Clínica*

*Otra:*

*Por  
favor  
describa:*

Comunicaciones: Rastreo de medios y uso de sitio web

**Q7.4** ¿Lleva su Asociación un registro del número de veces que su actividad fue cubierta en los medios? Por favor considere los medios impresos, radio, TV, sitios web, etc.

*Sí llevamos un registro*

*No llevamos un registro*

**Q7.5** ¿Durante el pasado año, algún miembro del personal de su Asociación visitó el sitio web de IPPF/RHO?

*Sí*

*No*

**Q7.6**

Por favor describa los propósitos para los que el personal de la Asociación usa el sitio web de IPPF/RHO. (Considere el acceso a publicaciones, noticias, información sobre la RHO, etc.)

## Comunicaciones: Publicaciones y Asistencia Técnica

**Q7.7**

¿Cuál formato prefiere usted para las publicaciones de IPPF/RHO?

Copias impresas

Versiones en archivos electrónicos

**Q7.8** ¿Qué clase de asistencia técnica necesitan en el área de comunicaciones?

## Comunicaciones: Información de Contacto

**Q7.9** Por favor indique el nombre y el correo electrónico de la persona que llenó la sección de Comunicaciones de la encuesta.

## Sustentabilidad y Movilización de Recursos

### Sustentabilidad: Plan de Mercadeo

**Q8.1** ¿Se cuenta con mecanismos en operación que permitan monitorear si las actividades de mercadeo de la Asociación están teniendo efecto?

Por ejemplo, ¿puede usted cuantificar si el número de clientes aumenta después de una campaña promocional en radio u otra actividad de mercadeo?

Sí

No

**Q8.2** "Si la AM monitorea las actividades de mercadeo"

Por favor describa brevemente el sistema que usa su Asociación para monitorear los efectos de las actividades de mercadeo (Ejemplo: "el número de clientes aumentó en un 8% después de que la campaña de radio fue implementada").

## Sustentabilidad: Visitas de intercambio

**Q8.3** ¿Alguien en su Asociación participó en algunos de los siguientes tipos de visitas de intercambio con otra Asociación en la región en 2008?

Seleccione todas las opciones que sean aplicables.

- Alguien de nuestra Asociación visitó otra Asociación para conocer sus estrategias para lograr la sustentabilidad organizacional mientras que cumple con la misión social de la organización.*
- El personal de otra Asociación nos visitó para conocer sobre las estrategias de nuestra Asociación para lograr la sustentabilidad organizacional mientras que se cumple con la misión social de la organización.*
- Nuestra Asociación no participó en intercambio alguno sobre el tópico de balancear la sustentabilidad y la misión social.*

## Sustentabilidad: Sistemas de Contabilidad

**Q8.4** ¿El actual sistema de contabilidad de su Asociación proporciona lo siguiente?

Por favor responda Sí o No, para cada tipo de información.

|   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <i>Comparación de presupuestos por centro de costo (real vs presupuesto)</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Capacidad de registrar ingresos y gastos con base en contabilidad de fondos (presentación de informes para proyectos financiados por donantes)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>Determinación de costos unitarios</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Sustentabilidad: Ingresos y Subsidios Cruzados

**Q8.5** ¿Tiene su Asociación estrategias de generación de ingresos para aplicar subsidios cruzados a otras áreas de trabajo?

Sí

No

**Q8.6** En los espacios siguientes, por favor anote el porcentaje de sus ingresos que se dedica al área correspondiente a través de subsidios cruzados.

Si desconoce esta información o si no está disponible, por favor escriba "NO DISPONIBLE" en el espacio correspondiente.

Gastos generales de operación

Reinversión en mejoras / expansión de clínicas

Exoneración / reducción de cuotas para clientes que no pueden pagar el precio completo de los servicios o anticonceptivos

Establecer un fondo de reserva para la Asociación (por ejemplo, reserva para compras de inventario / equipo, fondos de indemnización / pensión o capital de trabajo)

Programas de misión social que no son autosustentables (como los programas para adolescentes, comunidades rurales u otras poblaciones vulnerables).

*Además de proporcionar una estimación en porcentaje, por favor describa los programas de misión social específica que están siendo subsidiados (por ejemplo, el tipo de servicio y poblaciones que se benefician de los subsidios cruzados)*

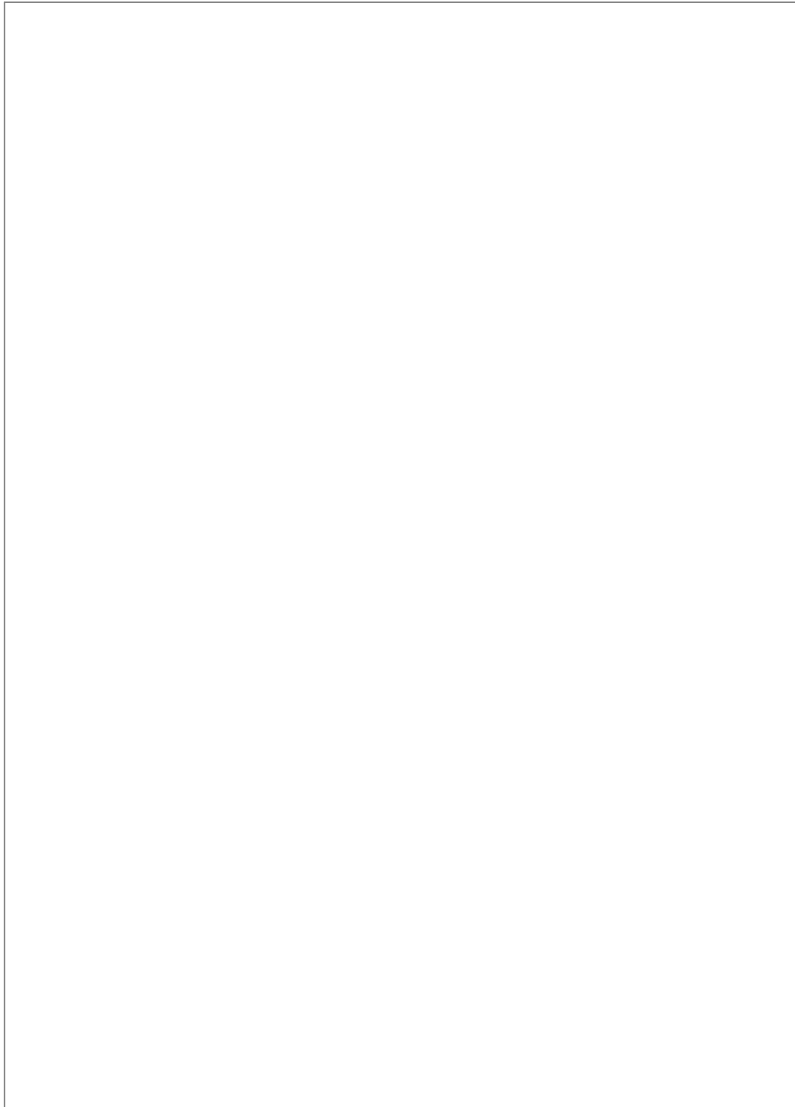
**Q8.7 ¿Tienen ideas para acciones/proyectos para aumentar la sustentabilidad de su Asociación, para cuya implementación no tienen financiamiento suficiente?**

Sí

No

**Q8.8**

**Por favor describa sus ideas para aumentar la sustentabilidad de la Asociación.**



**Sustentabilidad: Información de Contacto**

**Q8.9 Por favor indique el nombre y el correo electrónico de la persona que llenó la sección de Sustentabilidad de esta encuesta.**



## Mobilización de Recursos: Estrategia

Nos gustaría comprender mejor los esfuerzos que actualmente realiza su Asociación y las necesidades potenciales de apoyo relacionados con la recaudación de fondos /movilización de recursos. La información que ustedes proporcionen en esta sección nos ayudará a desarrollar estrategias apropiadas para proporcionar asistencia técnica en esta área a las Asociaciones Miembros.

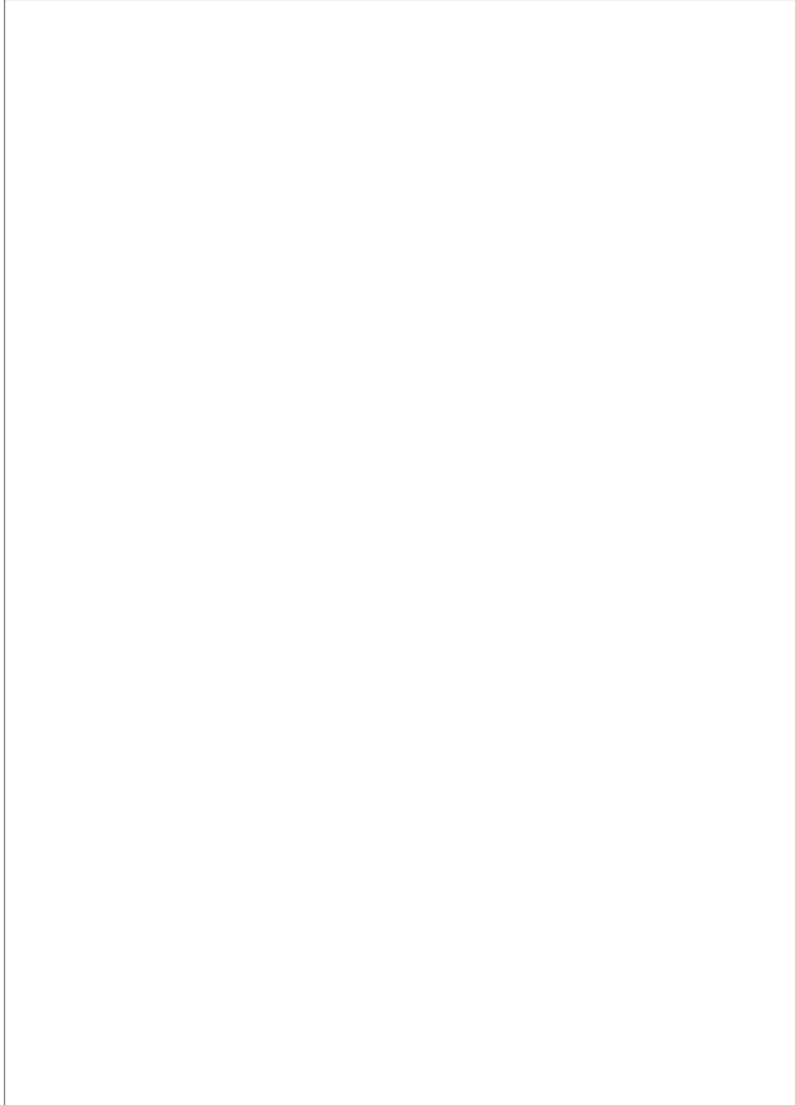
**Q8.10** ¿Tiene actualmente su Asociación una estrategia de recaudación de fondos/movilización de recursos?

Sí

No

**Q8.11 "Si la AM tiene una estrategia"**

Si la estrategia es nueva, por favor descríbala. Si es la misma que el año anterior, por favor describa cualquier cambio o ajuste que se le hayan hecho.



Mobilización de Recursos: Recaudación de fondos y disponibilidad de personal

**Q8.12 ¿Trabaja su Asociación actualmente con alguna de las siguientes instancias para recaudar fondos para la Asociación?**

Seleccionen todas las opciones que sean aplicables.

- Fundaciones filantrópicas nacionales/internacionales*
- Agencias gubernamentales internacionales (Ej. DFID en el RU, USAID en los EEUU, CIDA en Canadá, etc.)*
- Agencias gubernamentales nacionales*
- Miembros de la Junta*
- Individuos ricos*
- Compañías/corporaciones (ej. donaciones corporativas, patrocinios)*
- Subastas*
- Teletones*
- Otros*

*Por favor describa:*

**Q8.13 ¿Su Asociación cuenta actualmente con algún miembro del personal cuya responsabilidad primaria sea recaudar fondos/movilizar recursos?**

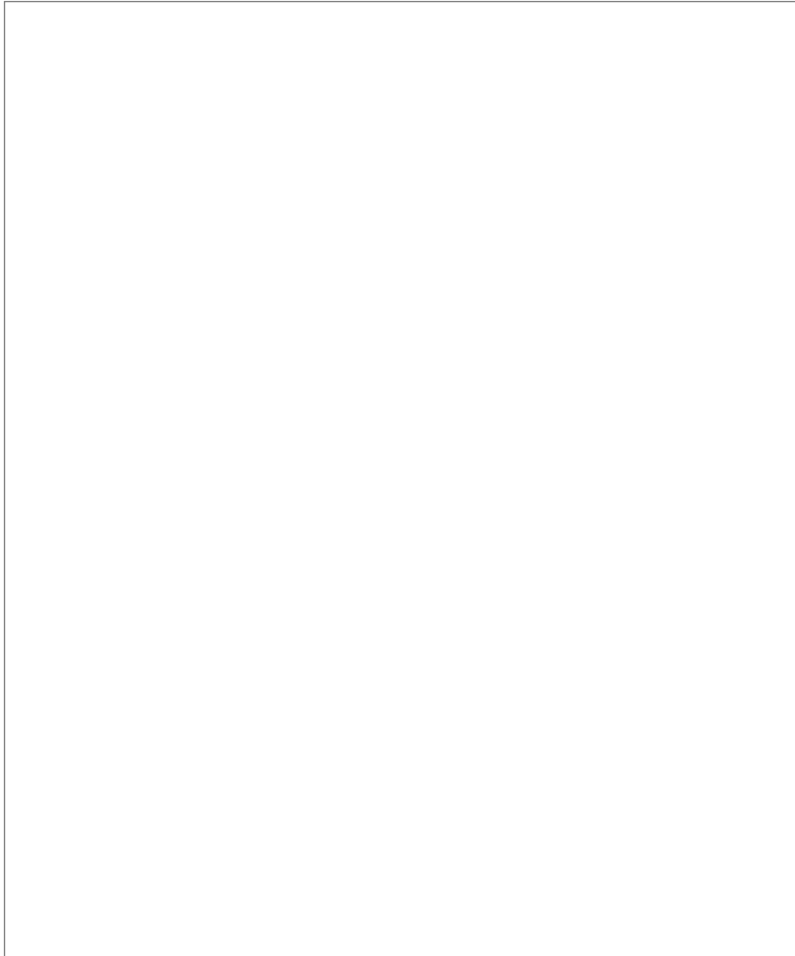
*Sí, un miembro del personal de tiempo completo. (Por favor ingrese el/los nombre(s), correo electrónico y describa la función primaria de este puesto).*

*Sí, un miembro del personal de tiempo parcial (Por favor ingrese el/los nombre(s), correo electrónico y describa la función primaria de este puesto).*

**No, nosotros no contamos con una/un empleado de tiempo parcial o completo dedicado exclusivamente a la recaudación de fondos (Por favor escriba un "0" en la casilla).**

Mobilización de Recursos: Retos y necesidades de asistencia técnica

**Q8.14** Por favor describa los mayores retos que enfrenta su Asociación en la recaudación de fondos/mobilización de recursos.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe the major challenges their association faces in fundraising and resource mobilization.

**Q8.15 ¿Su Asociación necesita actualmente asistencia técnica en alguna de las siguientes áreas?**

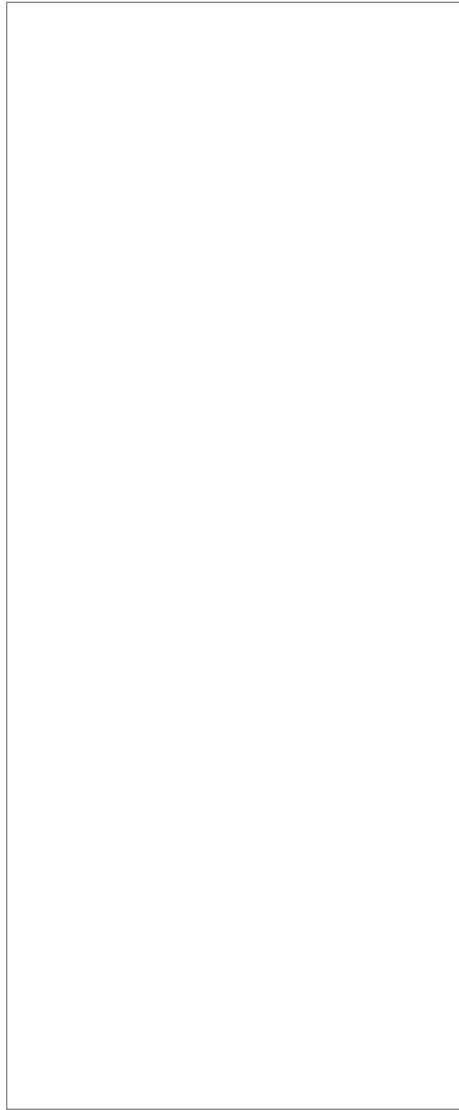
Por favor seleccione todas las opciones que sean aplicables.

- Actualmente no tenemos necesidades de asistencia técnica en el área de movilización de recursos*
- Desarrollo de una estrategia de recaudación de fondos/ movilización de recursos*
- Identificación de donantes potenciales*
- Fortalecimiento de relaciones con donantes para negociar financiamientos potenciales*
- Desarrollo de propuestas*
- Formas de involucrar a la Junta en la recaudación de fondos*
- Otras necesidades de asistencia técnica*

*Por favor describa las otras necesidades*

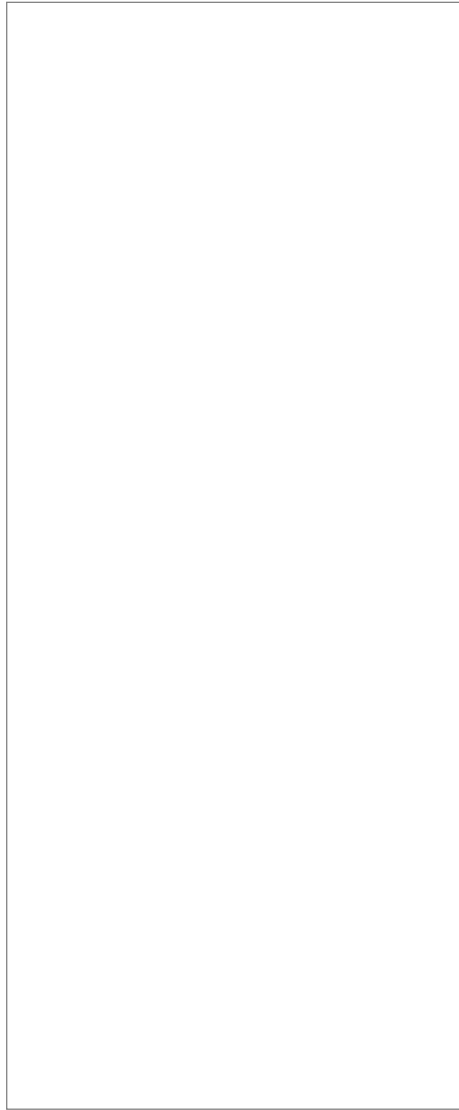
**Q8.16 Por favor describa los siguientes procesos y responsabilidades para el desarrollo de proyectos en su Asociación. Escriba "No Aplicable" si una pregunta no es aplicable a su Asociación.**

¿Cuál es el proceso que sigue su Asociación para diseñar proyectos y propuestas, indicando quién participa, quién determina los objetivos y estrategias del proyecto, quién desarrolla el marco lógico y quién escribe el texto narrativo de la propuesta?



¿Qué puestos del personal son responsables de las actividades relacionadas con el monitoreo y evaluación de proyectos?

¿Qué puestos del personal participan en el desarrollo de informes del proyecto?



Mobilización de recursos: Información de contacto

**Q8.17** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección Mobilización de Recursos de la encuesta.

## Gerencia y Gobierno Institucional

### SUMINISTROS Y LOGÍSTICA

**Q9.1** ¿Distribuye su Asociación anticonceptivos a través de un programa de distribución basada en la comunidad (DBC)?

Sí

No

**Q9.2** Aproximadamente ¿con cuántos promotores de DBC cuenta su Asociación actualmente?

**Q9.3** ¿Cómo funciona el programa de DBC de su Asociación?  
Seleccione sólo una opción.

*Las/ los promotores pagan por las existencias de anticonceptivos por adelantado*

*La Asociación proporciona existencias de anticonceptivos a consignación a las/ los promotores (i.e. la/el promotor paga después de vender el producto)*

*Otro*

*Por favor describa*

**Q9.4** Aproximadamente, ¿con qué frecuencia la/el supervisor/encargado de DBC visita cada puesto de DBC?  
Seleccione sólo una opción.

- Más de una vez al mes*
- Una vez al mes*
- Una vez cada 2-3 meses*
- Otro*

*Por favor describa:*

**Q9.5** Qué sistema tiene su Asociación en operación para distribuir productos anticonceptivos a sitios de DBC?  
Seleccione sólo una opción.

- Las/ los promotores solicitan productos cuando los necesitan*
- La/el supervisor/encargado de DBC asigna productos con base en las existencias reportadas por las/ los promotores de DBC*
- La/el supervisor/encargado de DBC mantiene una tabla por escrito con máximos y mínimos por puesto de DBC*
- Otro*

*Por favor describa*

## INFORMACIÓN DE LAS/LOS MIEMBROS DE LA JUNTA

**Q9.6** ¿Cuánta gente compone la Junta Directiva de su Asociación?

**Q9.7** ¿Cuándo será la próxima elección de Junta directiva?

*Mes de la próxima  
elección: (ingrese el  
nombre completo  
del mes)*

*Año de la próxima  
elección: (ingrese  
año como YYYY;  
ejemplo 2010)*

**Q9.8** ¿Han tenido alguna elección a partir de marzo de 2008?

Sí

No

**Q9.9** ¿Cuál fue la fecha de la última elección?

*Mes de la última  
elección: (ingrese el  
nombre completo  
del mes)*

*Año de la última  
elección: (ingrese  
año como YYYY;  
ejemplo 2008)*

Gerencia y Gobierno Institucional: Información sobre las y los Miembros de la Junta

Para cada Miembro de la Junta, por favor proporcione su nombre, género, número total de años de servicio en la Junta, año de nacimiento, una breve descripción de la formación profesional de las/los Miembros de la Junta (por ejemplo: abogado de derechos humanos, propietario de negocio privado, estudiante de medicina, médico, etc.); el nombre de la organización en donde la/el Miembro de la Junta trabaja actualmente y su dirección de correo electrónico.

*Por favor, asegúrese de incluir información sobre todas y todos los miembros jóvenes de la Junta.*

### Q9.10 Miembro de la Junta #1

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

## Q9.11 Miembro de la Junta #2

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.12 Miembro de la Junta #3

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.13 Miembro de la Junta #4

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.14 Miembro de la Junta #5

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.15** ¿Ha usted ingresado los datos para todas y todos los miembros de la Junta o necesita espacio adicional para ingresar datos de más Miembros de la Junta?

(Al seleccionar NO se abrirá una nueva página con espacio para capturar información de más Miembros).

- Sí, los datos de todos los Miembros de la Junta han sido ingresados*
- No, se necesita más espacio para ingresar datos de Miembros de la Junta adicionales*

**Q9.16 Miembro de la Junta #6**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.17 Miembro de la Junta #7**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.18 Miembro de la Junta #8**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.19 Miembro de la Junta #9

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

## Q9.20 Miembro de la Junta #10

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.21 ¿Ha usted ingresado los datos para todas y todos los miembros de la Junta o necesita espacio adicional para ingresar datos de más Miembros de la Junta?**

**(Al seleccionar NO se abrirá una nueva página con espacio para capturar información de más Miembros).**

- Sí, los datos de todos los Miembros de la Junta han sido ingresados*
- No, se necesita más espacio para ingresar datos de Miembros de la Junta adicionales*

## Q9.22 Miembro de la Junta #11

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.23 Miembro de la Junta #12

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.24 Miembro de la Junta #13

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

## Q9.25 Miembro de la Junta #14

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

## Q9.26 Miembro de la Junta #15

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.27 ¿Ha usted ingresado los datos para todas y todos los miembros de la Junta o necesita espacio adicional para ingresar datos de más Miembros de la Junta?**

**(Al seleccionar NO se abrirá una nueva página con espacio para capturar información de más Miembros).**

- Sí, los datos de todos los Miembros de la Junta han sido ingresados*
- No, se necesita más espacio para ingresar datos de Miembros de la Junta adicionales*

**Q9.28 Miembro de la Junta #16**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.29 Miembro de la Junta #17**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

**Q9.30 Miembro de la Junta #18**

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.31 Miembro de la Junta #19

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

### Q9.32 Miembro de la Junta #20

Nombre completo

Género (Ingrese M por masculino y F por Femenino)

Número total de años de servicio en la Junta a la fecha

Si es funcionaria/o de la Junta, indique el cargo que desempeña

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Si actualmente es funcionaria/o de la Junta, indique cuántos años ha servido en ese cargo

Año de nacimiento

Formación profesional

Nombre de la Organización en la que la/el miembro de la junta trabaja actualmente

Dirección de correo electrónico

Gobierno Institucional y Gerencia: Información de contacto

**Q9.33** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona que contestó la sección de Gobierno Institucional y Gerencia de la encuesta.

## Necesidades de Asistencia Técnica y Recursos Financieros

### Necesidades de AT: Las Cinco A

**Q10.1** Quisiéramos conocer las tres principales necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación en relación con las Cinco A de IPPF. Por favor seleccione HASTA TRES de las Cinco A que corresponden a las principales necesidades de AT de su Asociación; y, en la siguiente pregunta, por favor describa la naturaleza de la AT que ustedes requieren.

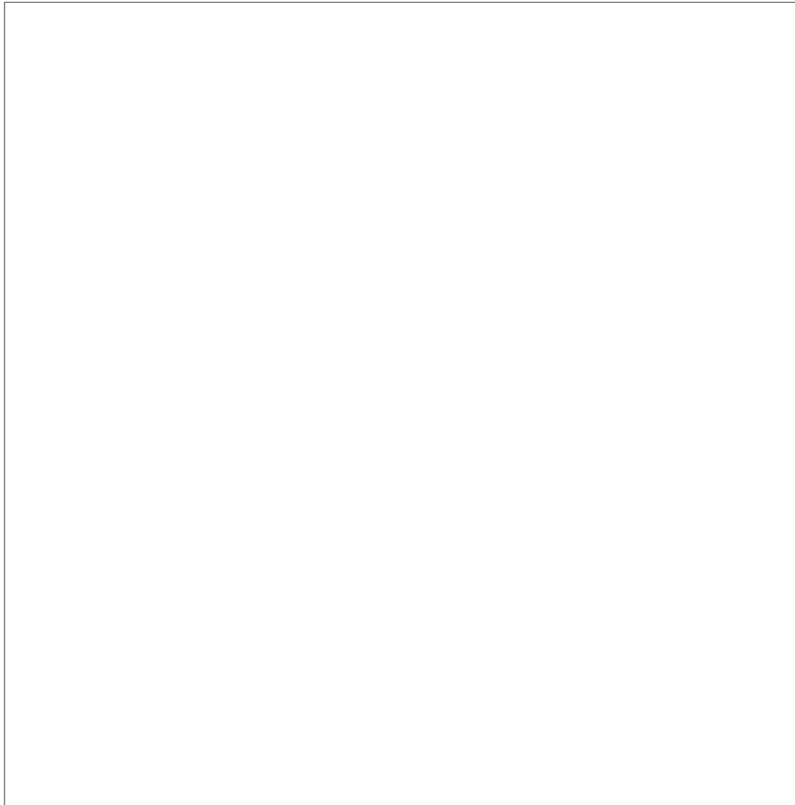
- Advocacy*
- Acceso*
- Adolescentes*
- Embarazos no deseados / Aborto*
- VIH/SIDA*

**Q10.2**

Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con Advocacy.

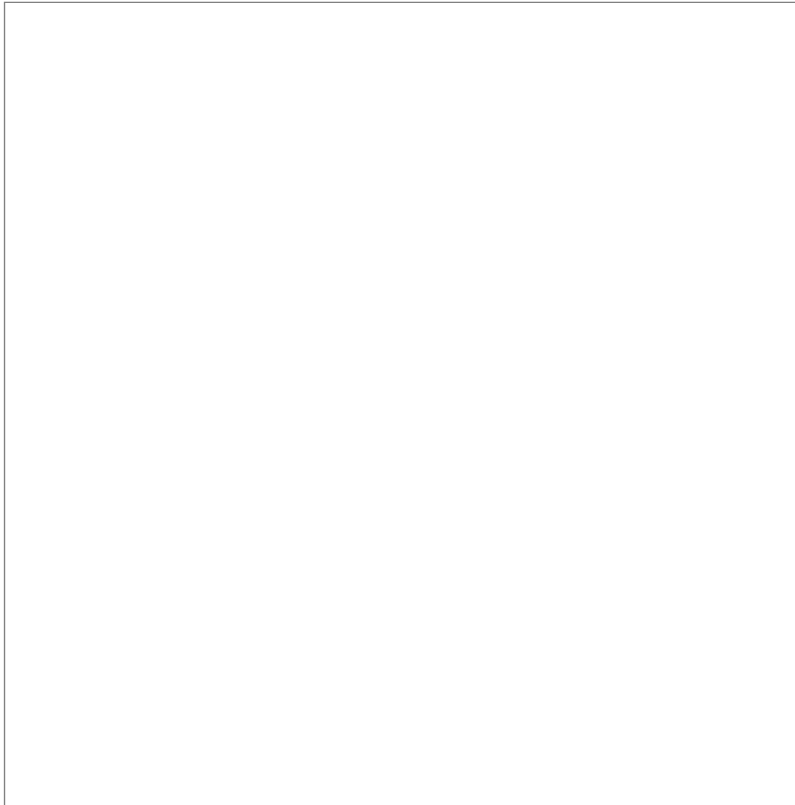
**Q10.3**

**Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con el Acceso.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the technical assistance needs of their association related to access. The box is currently blank.

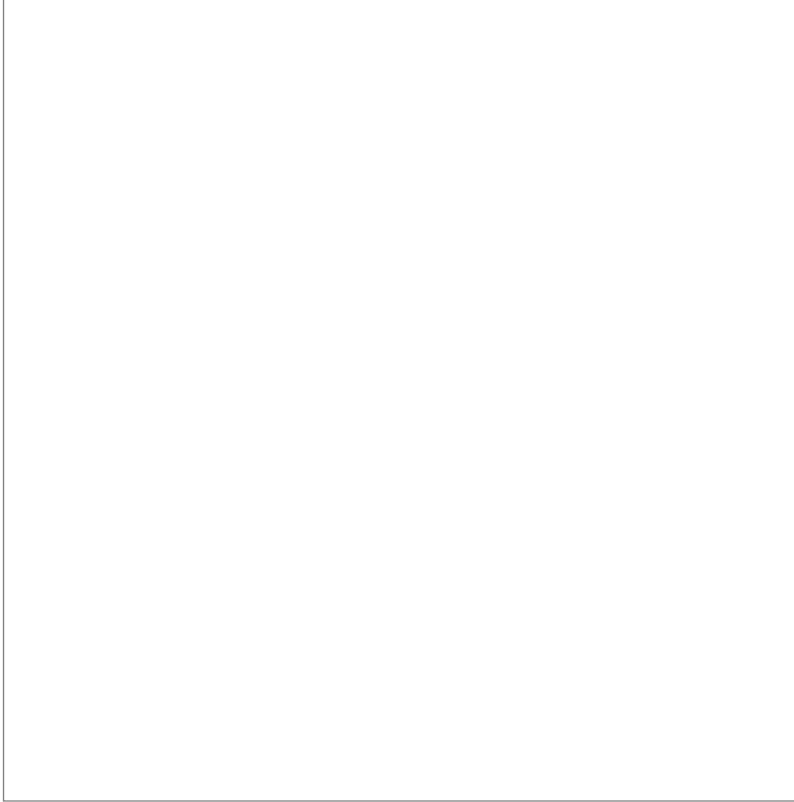
**Q10.4**

**Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con Adolescentes.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

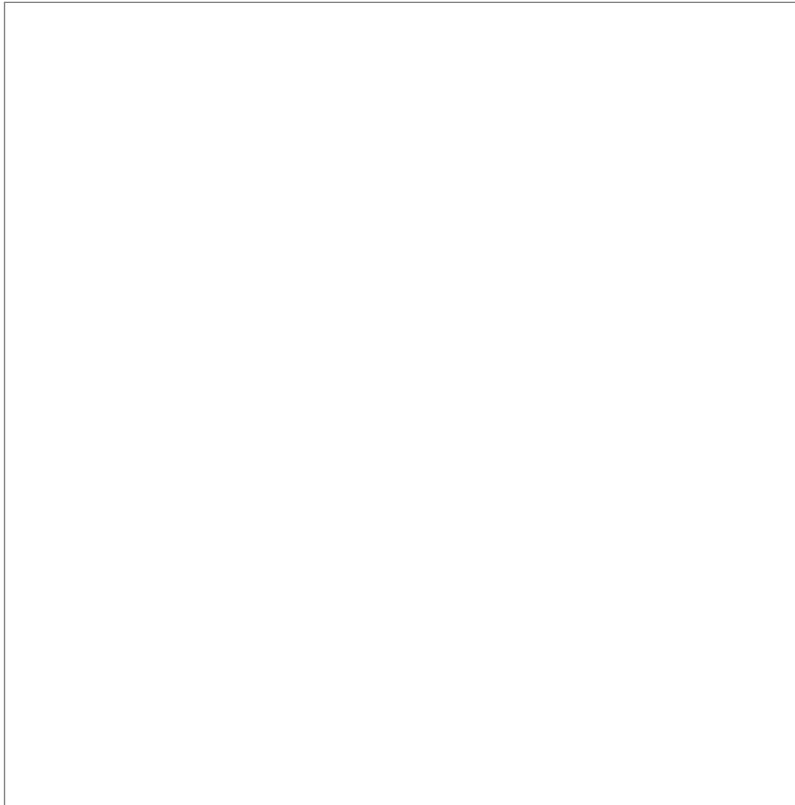
**Q10.5**

**Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con los Embarazos no Deseados / Aborto.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

**Q10.6**

**Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con el VIH/SIDA.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

## Necesidades de AT: Estrategias de apoyo

**Q10.7** Quisiéramos conocer las tres principales necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación en relación con las Estrategias de Apoyo para el Desarrollo Institucional. Por favor seleccione HASTA TRES de las Estrategias de Apoyo que corresponden a las principales necesidades de AT de su Asociación; y, en la siguiente pregunta, por favor describa la naturaleza de la AT que ustedes requieren.

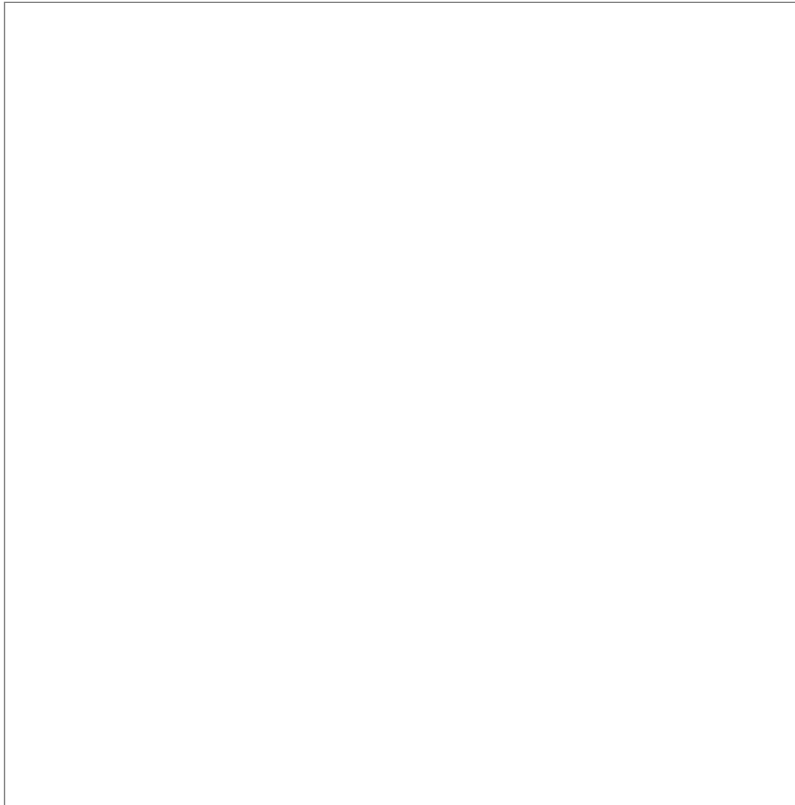
- Suministros / Logística*
- Comunicaciones*
- Gobierno Institucional / Acreditación*
- Sistemas Gerenciales de Información / Tecnología*
- Monitoreo y Evaluación*
- Movilización de recursos / Recaudación de fondos*
- Sustentabilidad / Mercadeo*
- Otra*

**Q10.8**

Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con los Suministros / Logística.

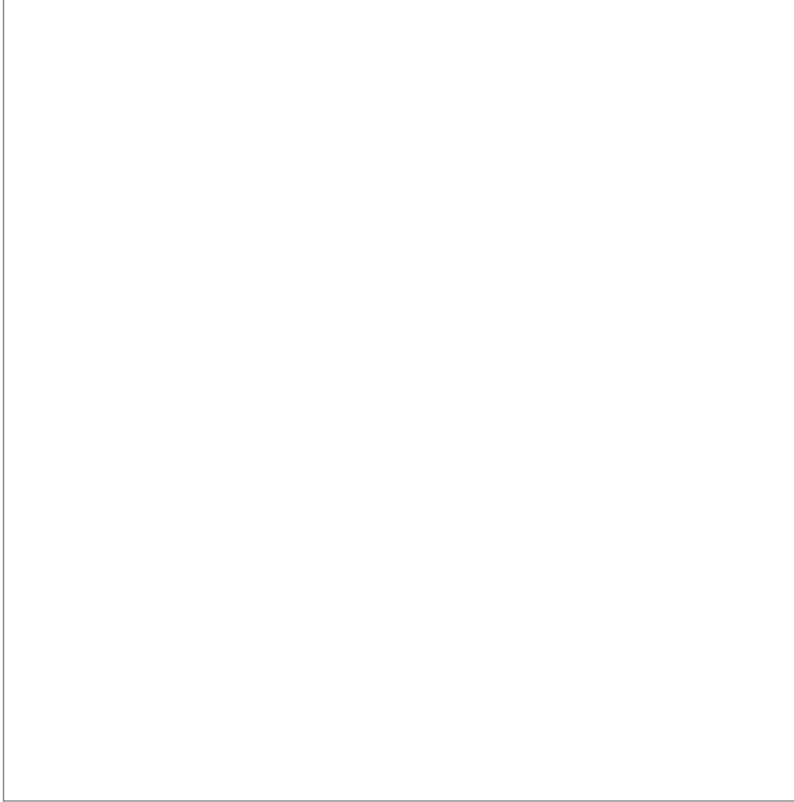
**Q10.9**

**Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con las Comunicaciones.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide a detailed description of technical assistance needs related to communications for their association.

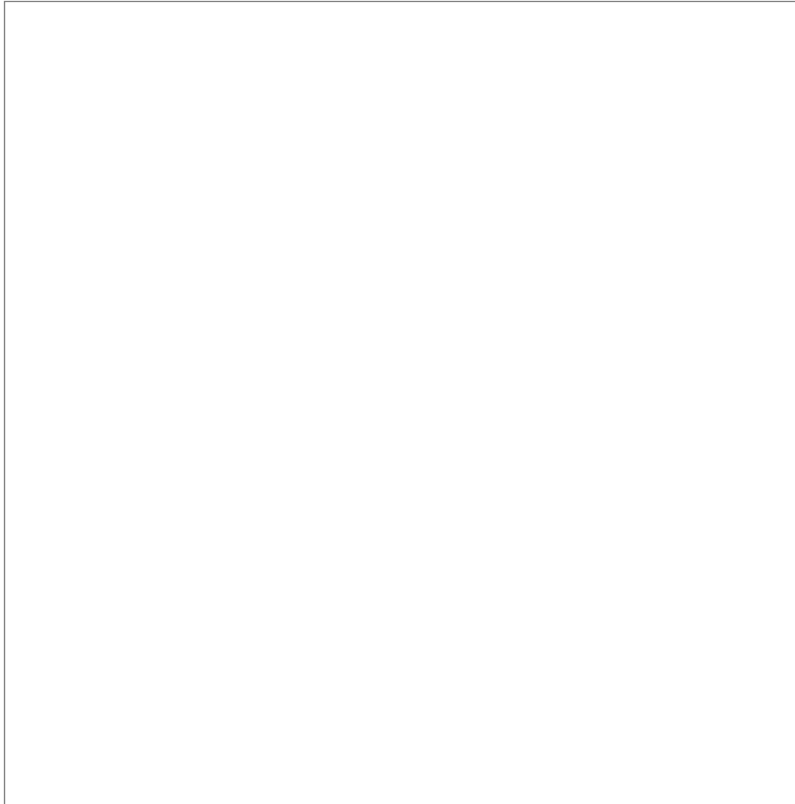
**Q10.1**

**0** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con el Gobierno Institucional / Acreditación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the technical assistance needs of their association related to institutional governance and accreditation.

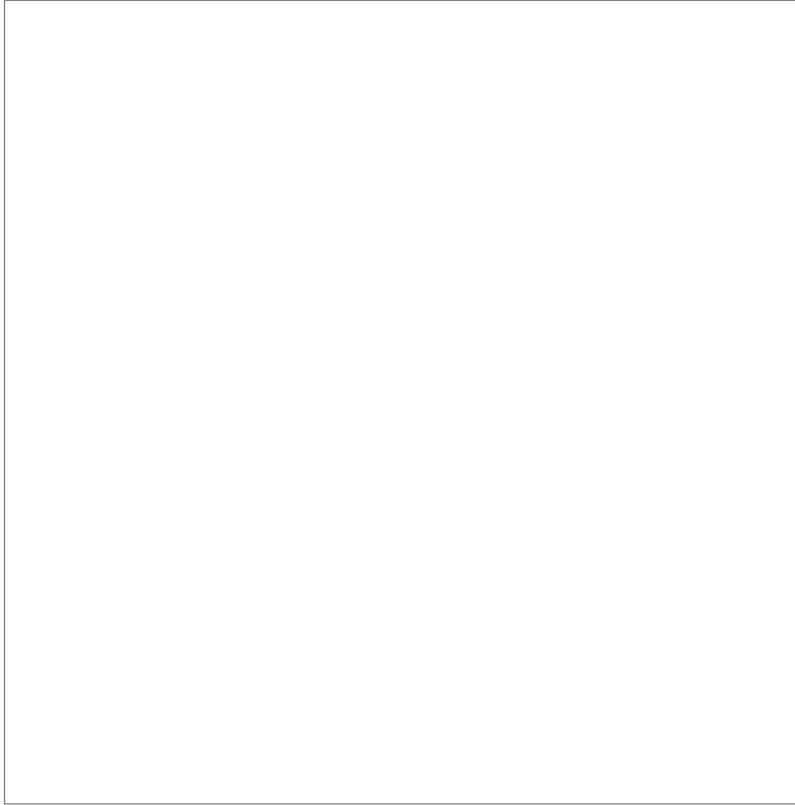
**Q10.1**

**1** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con los Sistemas Gerenciales de Información / Tecnología.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their response to the question. It occupies the majority of the page's vertical space below the question text.

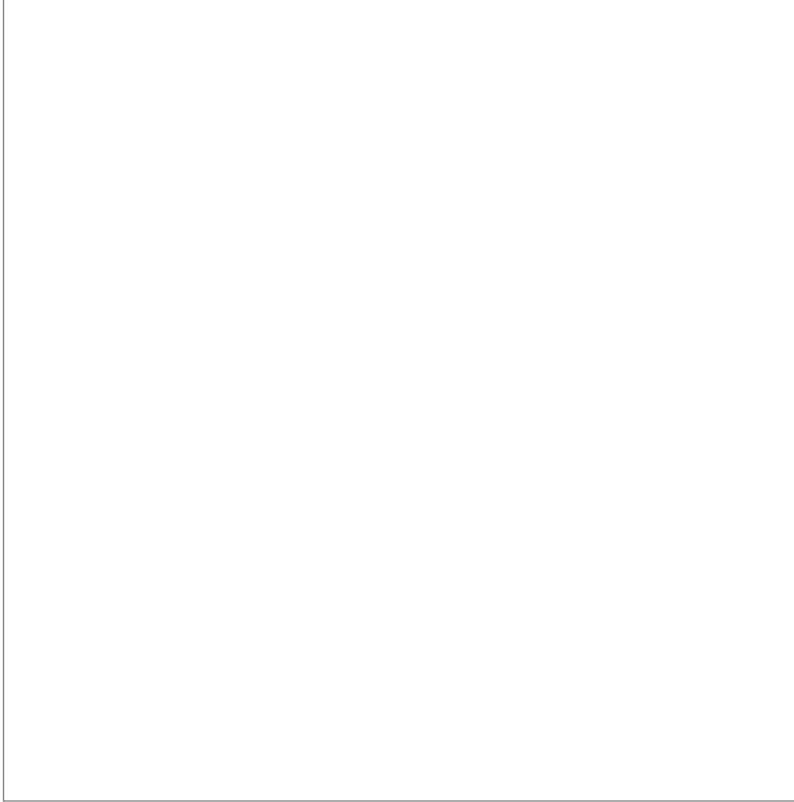
**Q10.1**

**2** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con el Monitoreo y Evaluación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe the technical assistance needs of their association related to monitoring and evaluation.

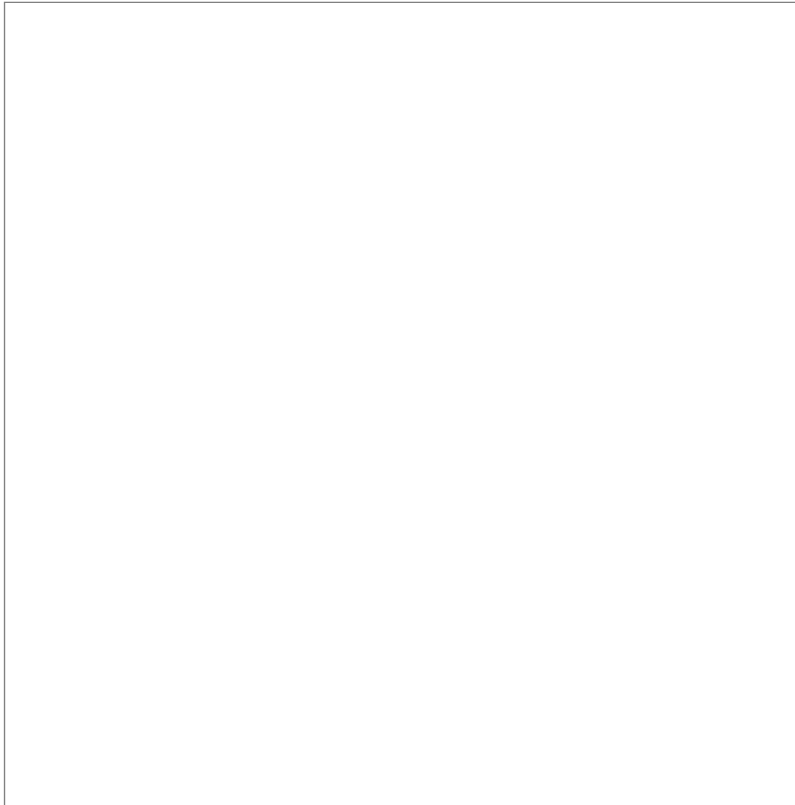
**Q10.1**

**3** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con la Movilización de Recursos / Recaudación de Fondos.



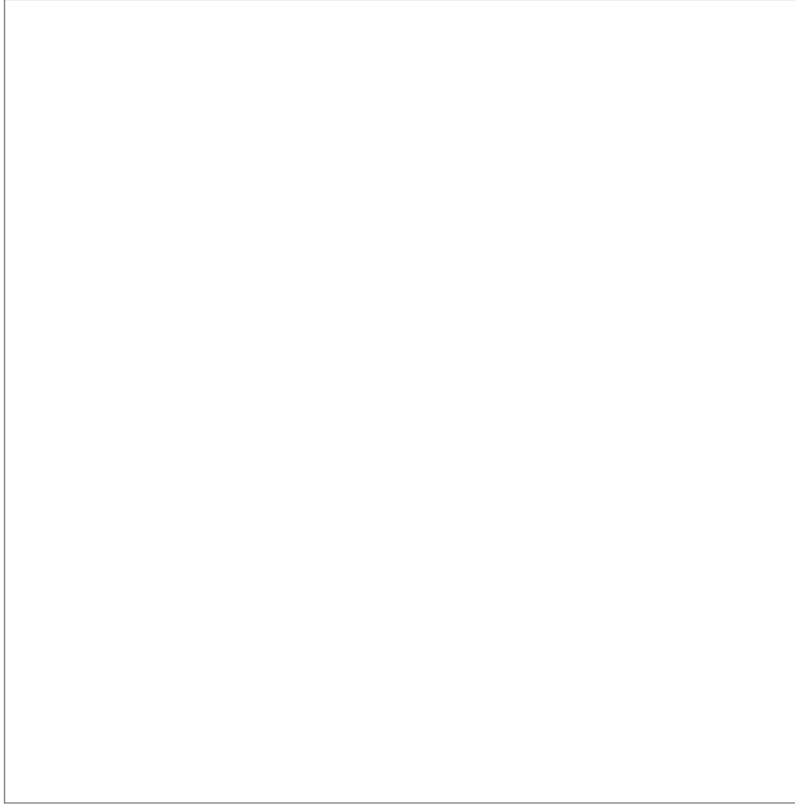
**Q10.1**

**4** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con la Sustentabilidad / Mercadeo.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

**Q10.1**

**5** Por favor describa las necesidades de Asistencia Técnica de su Asociación, relacionadas con OTRA área que usted haya identificado.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

## Necesidades de financiamiento: Las Cinco A

**Q10.1**  
**6** Quisiéramos conocer las tres principales necesidades de financiamiento de su Asociación en relación con las Cinco A de IPPF. Por favor seleccione HASTA TRES de las Cinco A que corresponden a las principales necesidades de financiamiento de su Asociación; y, en la siguiente pregunta, por favor describa la naturaleza del financiamiento que ustedes requieren.

*Advocacy*

*Acceso*

*Adolescentes*

*Embarazos no deseados / Aborto*

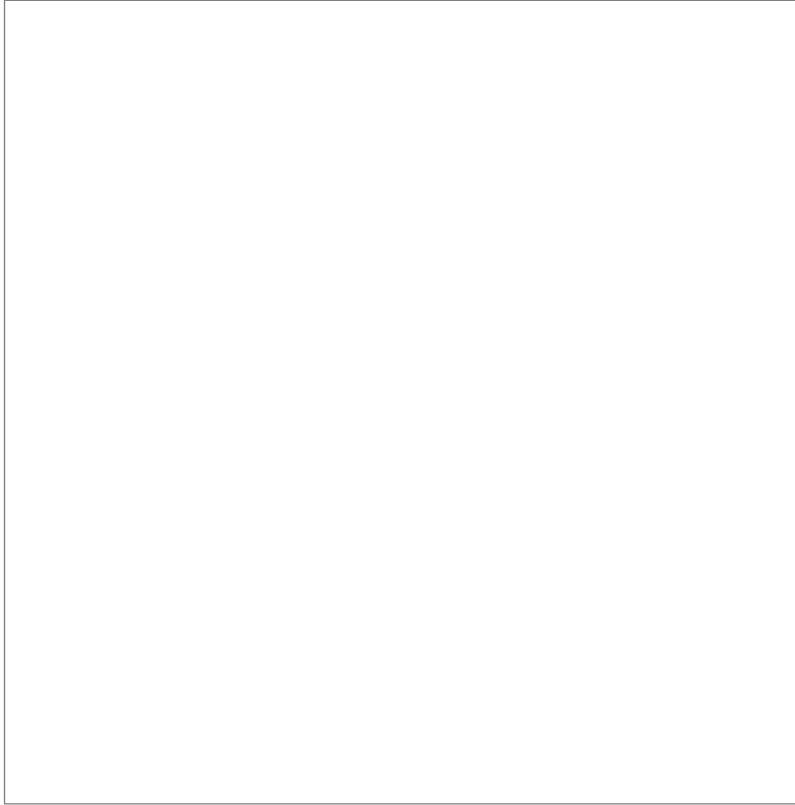
*VIH / SIDA*

**Q10.1**

**7** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con Advocacy.

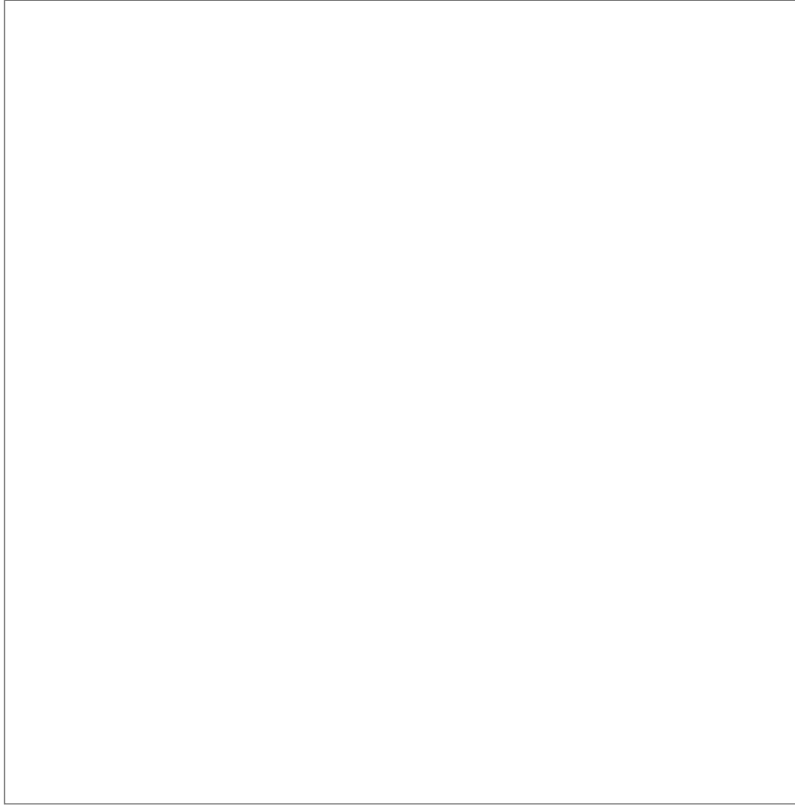
Q10.1

8 Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con el Acceso.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe the financing needs of their association related to access. The box is currently blank.

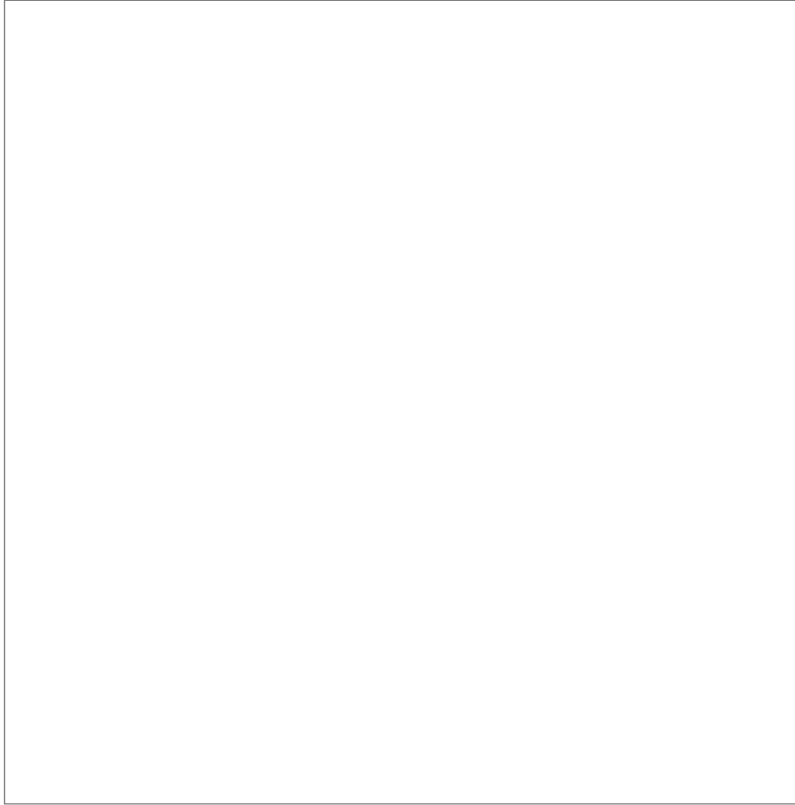
Q10.1

9 Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con Adolescentes.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

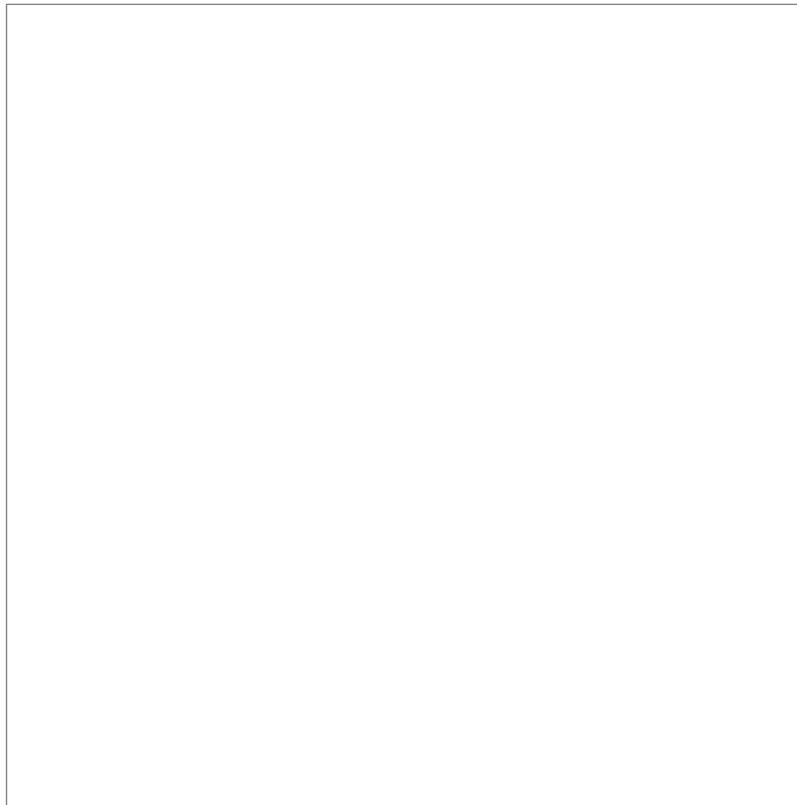
Q10.2

0 Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con Iso Embarazos no deseados / Aborto.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

**Q10.2**

**1** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con VIH/SIDA.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question regarding the financing needs of their association related to HIV/AIDS.

## Necesidades de Financiamiento: Estrategias de Apoyo

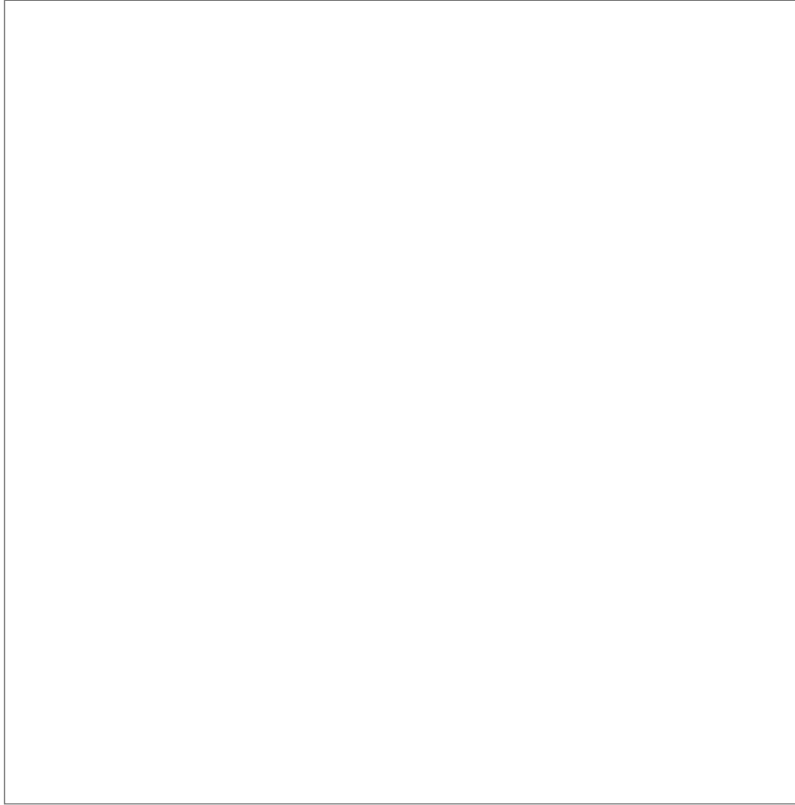
**Q10.2**  
**2** Quisiéramos conocer las tres principales necesidades de financiamiento de su Asociación en relación con las Estrategias de Apoyo para el Desarrollo Institucional. Por favor seleccione HASTA TRES de las Estrategias de Apoyo que corresponden a las principales necesidades de financiamiento de su Asociación; y, en la siguiente pregunta, por favor describa la naturaleza del financiamiento que ustedes requieren.

- Suministro / Logística*
- Comunicaciones*
- Gobiernos Institucional / Acreditación*
- Sistemas Gerenciales de Información / Tecnología*
- Monitoreo y Evaluación*
- Movilización de Recursos / Recaudación de Fondos*
- Sustentabilidad / Mercadeo*
- Otra*

**Q10.2**  
**3** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con los Suministros / Logística.

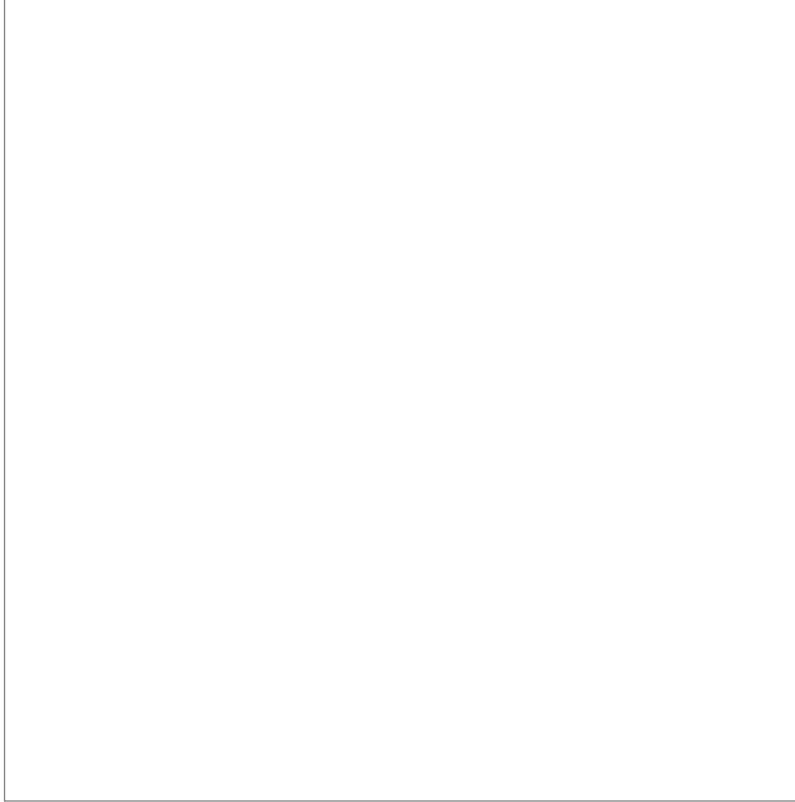
**Q10.2**

**4** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con las Comunicaciones.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide their response to the question. The box is currently blank.

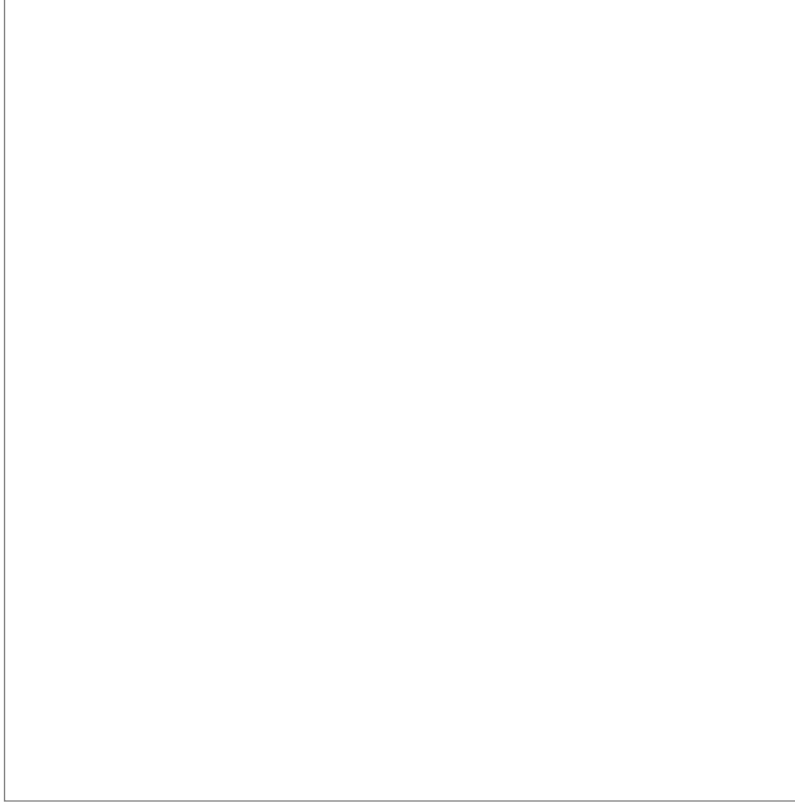
**Q10.2**

**5** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con el Gobierno Institucional / Acreditación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide a detailed description of the financing needs of their association related to institutional governance and accreditation.

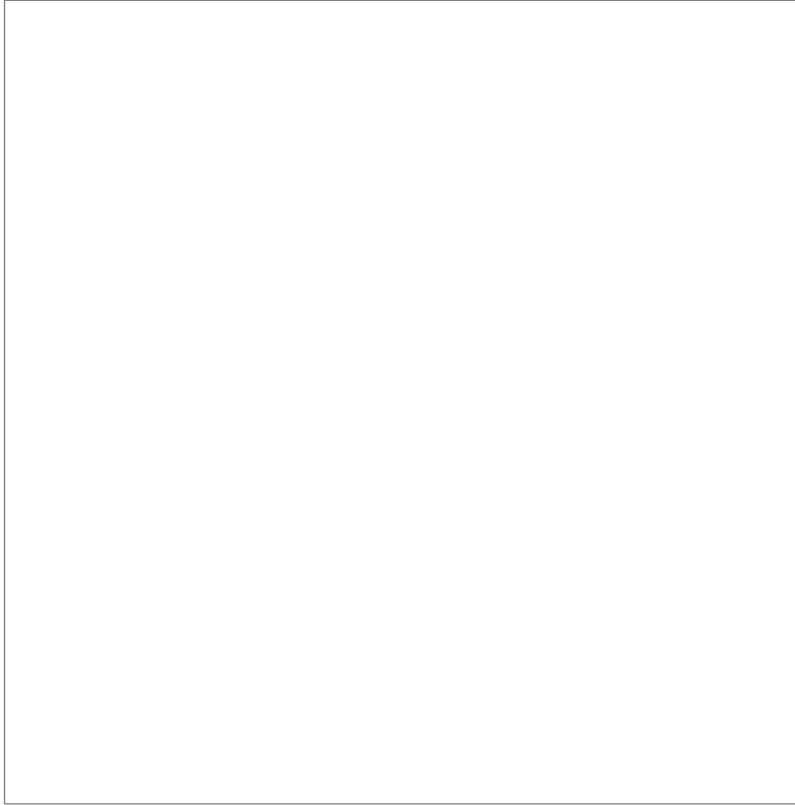
**Q10.2**

**6** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con los Sistemas Gerenciales de Información / Tecnología.



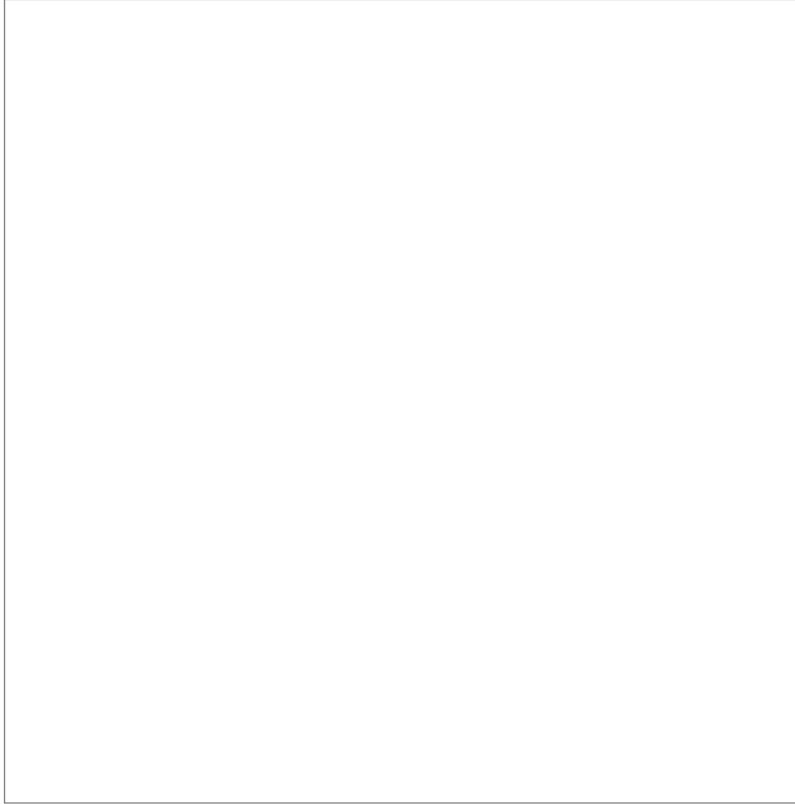
Q10.2

7 Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con el Monitoreo y Evaluación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question. The box is currently blank.

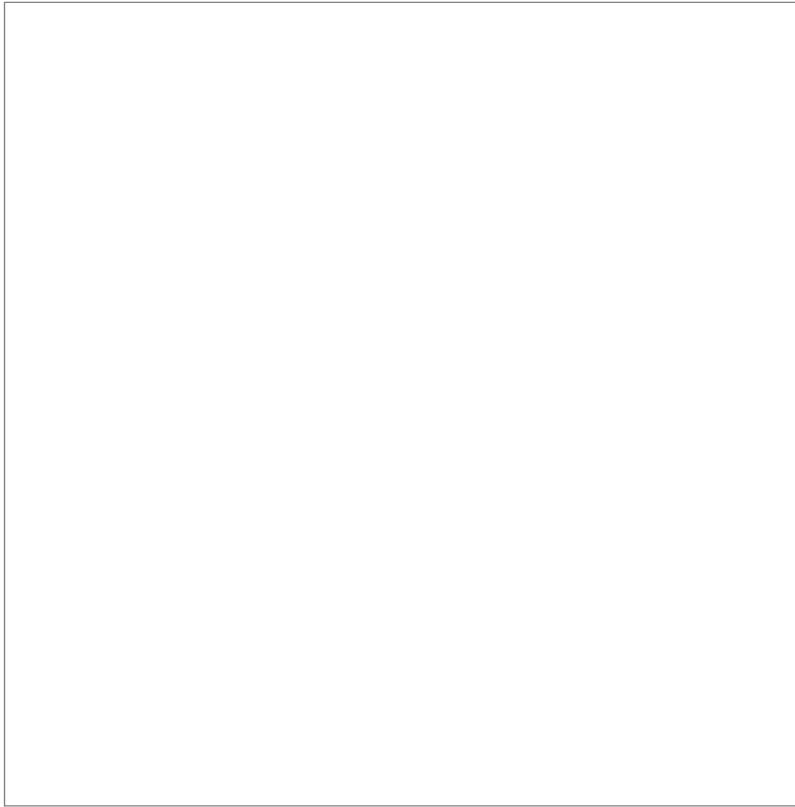
**Q10.2**

**8** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con la Movilización de Recursos / Recaudación de Fondos.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to describe the financial needs of their association related to resource mobilization and fund raising.

Q10.2

9 Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con la Sustentabilidad / Mercadeo.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their response to the question. The box is currently blank.

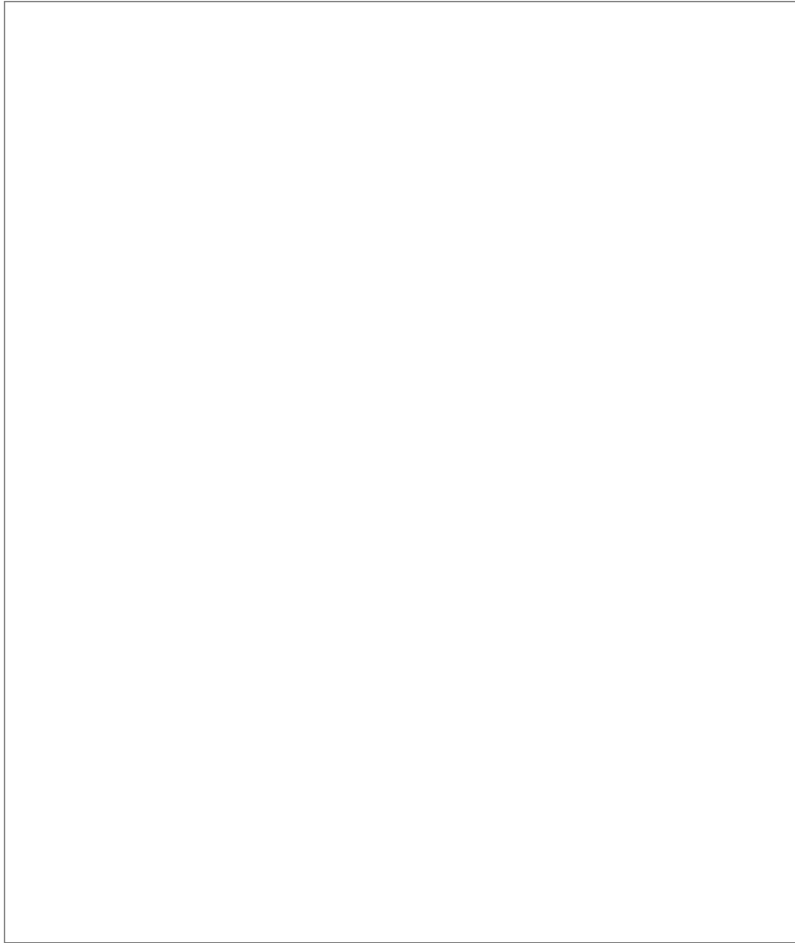
**Q10.3**

**0** Por favor describa las necesidades de financiamiento de su Asociación, relacionadas con OTRA área que usted haya identificado.

**Q10.3** Por favor ingrese el nombre y el correo electrónico de la persona  
**1** que contestó la sección de necesidades de AT y de Financiamiento de la encuesta.

## Retroalimentación para la Oficina Regional

**Q11.1** Por favor describa sus sugerencias sobre la forma en que la Oficina Regional puede mejorar la provisión de asistencia técnica para su Asociación.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their suggestions for improving technical assistance provision.

**Q11.2 ¿Hay algunos otros tópicos/factores/aspectos que le gustaría abordar aquí?**

**Nota: Esto puede incluir comentarios sobre este formulario del Cuestionario del Estado de la Asociación.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide additional comments or topics related to the survey. The box is currently blank.



## Región del Hemisferio Occidental

**Usted ha llegado al final del cuestionario.**

**Si usted planea reingresar a la encuesta, por favor seleccione el botón "Guardar respuestas" que se muestra enseguida y salga de la encuesta cerrando la ventana de su navegador. Sus datos serán guardados hasta la próxima vez que ingrese de nuevo a la encuesta, misma que se abrirá en la última sección en la que estuvo trabajando.**

**Antes de enviar el cuestionario, le recomendamos que imprima y revise sus respuestas. En cuanto tenga la seguridad que ha completado todas las preguntas, puede proceder a la siguiente página oprimiendo el botón ENVIAR.**

**Después de enviar el cuestionario completo, ya NO tendrá acceso a éste. Una vez que hayan sido enviados, los cuestionarios no podrán ser abiertos nuevamente.**

**Por favor envíe un correo electrónico a [surveys@ippfwhr.org](mailto:surveys@ippfwhr.org) con cualquier pregunta sobre cómo enviara la encuesta; y alguien se comunicará con ustedes a la brevedad posible.**

**GRACIAS**

**OPRIMA EL BOTÓN ENVIAR RESPUESTAS QUE SE MUESTRA A  
CONTINUACIÓN  
PARA ENVIAR SUS RESPUESTAS Y TERMINAR EL  
CUESTIONARIO.**

**El botón ENVIAR RESPUESTAS terminará la encuesta y no  
podrá hacer más cambios o adiciones a sus respuestas.**

**Muchas gracias por participar en la encuesta  
del Estado de la AM 2008.**

.