PD-AAI-828

ISN-617

82 0 0 2 05201

THE POPULATION COUNCIL

TWELVE MONTH PROGRESS REPORT

COST REIMBURSEMENT TYPE CONTRACT

Contract No. AID/DSPE-C-0084

Community Distribution of Contraceptives in Rural Areas of Colombia

October 30, 1980 to September 29, 1981

February 1982

FIRST YEAR NARRATIVE PROGRESS REPORT
SEPTEMBER 30, 1980 - SEPTEMBER 29, 1981
AID/DSPE -C- 0084

This report covers the first year of the PROFAMILIA-Population Council-AID project "Community Distribution of Contraceptives in Rural Areas". The main objective of this project is to develop an alternative family planning service modality to the Nariño-Santander program which will reduce costs and raise coverage rates while at the same time meet the needs of contraceptive users. The specific experimental re-supply and promotion activities being implemented in Nariño, Santander, Cesar and Cauca are described in the July, 1981 progress report and in numerous field trip reports. Nonetheless, between September 20, 1980 and September 29, 1981 the following activities have been achieved:

(1) initiation of maintenance service delivery in Nariño and Santander
(2) implementation of maintenance re-supply experiments in selected municipalities of Santander
(3) selection and training of the two teams
(4) completion of the baseline survey
(5) initiation of promotion service in both the control and experimental zones in Cesar and Cauca
(6) design and acquisition of educational materials
(7) implementation of the first distributor refresher course and
(8) first collection of service statistics by the team.

These activities cover all those planned in the calendar in the project protocol except for maintenance experiments in Nariño. However, as reported previously, promotion service delivery in Cauca and Cesar was not initiated until May and June of 1981 so that the project is approximately 6 months off the original time table. As such, proposed first year service activity in Cesar and

Cauca will continue until April, 1982 and the second round survey will be carried out in May. Because the re-supply experiments in Nariño and Santander were analyzed, adjusted and re-implemented, the project will continue supporting activities there through December, 1981 when it was originally planned to discontinue support by October, 1981.

The remaining sections of this report will focus on those activities which have not been reported on up to now. They are: (1) the IEC materials developed for the project (2) a cost analysis of the service statistics (3) general comments regarding administration and implementation of the project and (4) the baseline results.

IEC MATERIALS

Because of the project's objective to test the team modality which operates primarily through group meetings rather than household visits, it was decided that a flip chart should be designed with a standard core of information to be given in each meeting and which would promote group participation. At the same time since the teams' contact with the distributors is limited to one visit every three months instead of monthly as practiced in the Nariño-Santander model, a new distributors' manual was designed so that the distributor would have some reference materials to help him/her during this long lapse of time.[1]

Technical assistance was paid for by the project to a Colombian agency called FEPEC/CEDEN[2] to design these materials in colaboration with PROFAMILIA and the Population Council. The content of the messages was primarily the responsibility of PROFAMILIA and the Council while FEPEC elaborated how and in what way these messages should be communicated. Using the results from the Cesar-Cauca baseline sur-

---

1 One manual already exists which was designed by PROFAMILIA's IEC Department but it was considered inadequate given the three month return visit time.

2 Foundation for Continuing Education in Colombia/Center for the Development of Non-formal Education.

vey, the 1978 Nariño-Santander Baseline-Posttest and other data sources, it was decided that the messages should be directed at explaining clearly how each efficient method is properly used, possible secondary effects and what to do about them, where the nearest family planning sources are according to the method desired and answers to dispell erroneous beliefs with regards to secondary effects of the oral contraceptive.

Studies carried out by the Javeriana University [1] on the kind(s) of image(s) Colombians relate to and understand, plus cost considerations, led FEPEC to recommend realistic drawings of figures rather than comic figures (which PROFAMILIA has used in the past) or photographs. An artist was then contracted to draw scenes representative of the messages to be given. This was done in all cases except for when a method is shown. Here the actual methods are fastened to the flip chart [2].

Both the manual and the chart have been field tested with the teams in Cesar and Cauca. A description of the test can be found in Appendix I. In Appendix I the report of FEPEC's technical assistance, and the manual can also be found. The corrections to the manual that resulted from the field test have already been made so that the manual is completed. The artist is making the final changes to the flip chart and it should be ready for reproducing in December. The teams will receive a three day training course in January on how to use these materials.

SERVICE STATISTICS

In Table 1 on page 4 program activity between February 1, 1980 and September 30, 1981 for Cesar and Cauca is shown. It must be kept in mind that service did not begin in the experimental areas of Cesar until April and in Cauca until May. The statistics in this

---

1 These were carried out to design the PAN campaign to promote breast feeding.

2 Vaginal suppositories cannot be fixed to the flip chart because they melt in hot climates.

TABLE 1.- Total number of municipalities and distribution posts, new acceptors of all methods including sterilization, number of contraceptives sold and number of education/promotion activities for the grant period February 1, 1980 - September 30, 1981: Cesar-Cauca

DEPARTMENT	NUMBER OF MUNICIPALITIES COVERED	NUMBER OF DISTRIBUTION POSTS	NUMBER OF NEW ACCEPTORS	NO. OF CONTRACEPTIVES SOLD			EDUCATIONAL ACTIVITIES	
				Oral (cycles)	Condom (Units)	Vaginal Tablets	Number of Meetings	Number of Visits
CESAR								
Control	9	65	87	3,355[1]	786	91	188	1,395
Experimental	3	27	474	573	441	20	56	596
CAUCA								
Control	8	39	1,197	2,362	944	67	96	1,314
Experimental	4	18	829	1,680	1,537	168	56	645

1 The number of contraceptives sold for each of the three methods in the control zone of Cesar has been adjusted to include sales data only for 7 of the 9 municipalities leaving out Aguachica and Gamarra. In these two municipalities the Urban PROFAMILIA program had established distribution posts there (before this project) which were very active. By October of 1980 the administration of PROFAMILIA's service in Gamarra and Aguachica was turned over to the Rural program to be included in the project. At the present it is not known what portion of the volume of sales for these two municipalities is attributable to the project's efforts and what is due to the previous Urban program's activities. Given that between October 1, 1980 and September 30, 1981 more than 5,000 cycles of pills were sold in Gamarra and 2,751 in Aguachica this presents a serious problem. It is difficult to believe that the project has contributed much more than 500 cycles to the Gamarra sales and probably the level is around 150 to 200. If we were to accept the total sales for Gamarra and Aguachica we would be inflating the sales due to the project effort and the estimate of cost per couple year of protection would be considerably misleading. As it stands now, the CYP will be high because no sales of any methods from these two municipalities have been included. Nonetheless, the project's promoters have been working in Gamarra and Aguachica since February, 1981.

table, then, cover only 5 to 6 months work by the teams. Many of the control municipalities were being serviced by the Rural program when the project began in October. However, the statistics for these zones in Table 1 cover the period February to September in order to calculate cost data. This is because the project did not begin financial support of the control areas until February.

Cesar Control

It was planned to cover 8 municipalities in the control area of Cesar by four promoters during the first year. In practice, 9 were covered between October, 1980 and September, 1981 using the 4 promoters and occasionally field work of the project's secretary (see Table 1). They were to establish 34 distribution post to reach around 26,000 WFA 15 to 49 years of age giving about 1 post for every 760 women. Sixty-five posts were established dropping the proportion of distributors to WFA to 1 for every 400. It was estimated that around 7 percent of WFA would be recruited as new acceptors to the program but according to the number of new acceptor reported (87) that target missed entirely. But the project has not been successfully able to register new acceptors in this zone so that the 87 new acceptors since February is a significant underestimation. Cost per new acceptor could be calculated and was (US$ 258) but it does not reflect the true picture. A better indicator of program success in this zone is cost per CYP which is US$26. [1]

Cesar Experimental

In 6 months of service the team covered 2 of the 4 experimental municipalities completely and began promotion activities in a third, El Copey. Twenty-seven distribution posts have been established of the 27 planned however one municipality has yet to be covered. The number of posts will exceed the number planned. It will take this team 7 months to cover the 4 municipalities which exceeds the 1 month per municipality estimated it should take. This is due to two

---

1 All cost calculations have been included in Appendix II. The methodology followed has been explained there. Copies of monthly service statistics reports are included as well.

factors: (1) they were just learning during the first two months and (2) they established 16 posts instead of the planned 7 in Chimichagua. The team has a documented 474 new acceptors of which none are sterilizations.[1] The statistical records the team is keeping are good but the data is slow to come in because after establishing posts in a municipality they do not return to it for 3 months to pick-up new acceptor and sales data. So in the 6 month period they returned to Chimichagua were they began and are now going back to Chiriguaná. In Chimichagua the team should have reached 408 new acceptors (7 percent of WFA 15 to 49) and they recruited 8 percent of WFA. The cost per new acceptor up to now is US$32. The inability to document sterilizations has had an alarming effect on the calculation of cost per CYP. It reaches around US$307.

Cauca Control

Eight municipalities were programmed to be serviced in Cauca by 4 promoters in 12 months' time. As seen in Table 1, 8 have been covered. Similarly to the control zone of Cesar, PROFAMILIA had initiated service in many of these municipalities by October, 1980 so that at least 12 months have been spent in covering them. As of September 30, 1981, 39 posts had been established instead of the planned 44 to service 30,800 WFA 15 to 49 years of age. One post was to provide family planning services to every 700 women. Since February, 1981 a total of 1,197 new acceptors have been recruited representing 4 percent coverage of the WFA in this zone. The cost per new acceptor is US$19 and for cost per CYP is US$7. This is very encouraging for rural CBD in Colombia which has traditionally been very costly. In Nariño the average cost per new acceptor du-

---

Representatives of the Council and PROFAMILIA attended a distributors meeting in Chimichagua where it was found that the distributors were making referrals but the women referred were encountering problems in the MOH hospital and were either discouraged or unable to pay for the operation. At the same time since PROFAMILIA and the MOH have a referral system where PROFAMILIA personnel now refer sterilization cases to the MOH rather than sending in a PROFAMILIA Mobil Unit, or paying private physicians, the documentation of sterilizations due to PROFAMILIA efforts is nearly impossible.

ring 1976 to 1979 was US$28 and in Santander US$53. The average cost per CYP in these same departments for this same time period was $6 and $37 dollars.

Cauca Experimental

Finally, Table 1 shows that 4 of the 6 municipalities in the experimental zone have been reached by the team since June. This tells us that they are covering almost one municipality per month. Eighteen of the 31 planned distribution posts have been established. About 19,800 WFA 15 to 49 reside in the experimental zone of Cauca and in 4 months time 4 percent have been recruited as new acceptors (829 new acceptors). The cost per new acceptor after just a few months is US$19 or the same as found for the control zone. The cost per CYP is US$19. It is expected that these costs will drop since not all statistics are in for the period due to the 3 month collection system.

Nariño - Santander

The service statistics for the first year of the project for Santander are presented in Table 2 on page 8. Since the report covering the month of September for Nariño has not yet been submitted to the Bogotá PROFAMILIA office from Pasto, data on program movement in Nariño is for an 11 month period. No sterilizations were reported for the last two months of the period (July and August). This is unfortunate because Nariño has always been the project area where most sterilizations have been performed. The cost per couple year protection for 11 months of service delivery in Nariño was US$5.66 and in Santander for 12 months service, US$24.47. This compares favorably with the cost per CYP found for Nariño and Santander between 1976 and 1979.

Maintenance Experiments

No information has been received as to how and where the maintenance experiments were implemented in Nariño. It is doubtful at this time if they were implemented due to structural and decision-making changes within PROFAMILIA which have affected this component of the project. In Santander they were initiated and will continue until December 31, 1981. These are described in M. Townsend's Memorandum of July 1, 1981. The mail system is being tried in San Vi-

cente, Málaga, Onzaga and San Joaquín while Vélez is the municipality selected for the central distributor re-supply modality. The statistics for these municipalities will be collected in December and a report will be made at that time.

TABLE 2.- Total number of municipalities and distribution posts, new acceptors of all methods, contraceptives sold by method, and education/promotion activities from October 1, 1980 to August 31, 1981 for Nariño and October 1, 1980 to September 30, 1981 for Santander

DEPARTMENT	NUMBER OF MUNICIPALITIES COVERED	NUMBER OF DISTRIBUTION POSTS	NUMBER OF NEW ACCEPTORS	NO. OF CONTRACEPTIVES SOLD			EDUCATIONAL ACTIVITIES	
				Orals (cycles)	Condoms (units)	Vaginal tablets	Number of meetings	Number of visits
Nariño	28[1]	63	2,660	13,766	17,807	806	35	1,905
Santander	34	72	322	6,928	6,998	486	30	1,916

Source: PROFAMILIA Service Statistics Reports, October 1, 1980 - September 30, 1981

GENERAL COMMENTS

This project has suffered throughout most of the first year because of internal administration and structural changes in PROFAMILIA. The consequences of this are (1) evidence that the re-supply experiments were not implemented in Nariño and (2) a weak service statistic system in Cesar.

However, since the project direction has been assumed by the IEC Division of PROFAMILIA, a very clear effort is being made by the institution to understand the project and to actively participate and improve its functioning. A grant coordinator has been assigned by PROFAMILIA to monitor, supervise and provide technical assistance to

---

1 The number of municipalities covered and distribution posts established can vary month to month. The totals for Nariño are taken from the July and August reports where half the posts were visited in July and half in August.

the project. She has already visited both Cesar and Cauca to meet the project personnel and cover the terrain where they are working. Copies of her field trip reports are attached in Appendix III. She views the weak point in the project as that of the supervisors. Her observation is that they are not supervising but rather acting as "fill-ins" for absent promoters and as chauffeurs. The IEC department is recommending that technical assistance be given to the supervisors through the Grant Coordinator. This person would spend 15 days of each month in the field with the project. The remaining 5 days of each month would be spent in Bogotá working on reports and service statistics. This person would maintain a chart for each zone by municipality on which all project objectives are described (i.e. target population, coverage rates, costs, number of posts to be established) and after each 3 month period service statistics for those municipalities in each zone would be recorded. From this data, monthly programming would be designed in coordination with the supervisors.

The IEC department has now communicated to the field staff that new acceptor data must be collected so it is expected that this component of the service statistic system will improve. Yet to be resolved is how sterilizations will be registered. Without these data it is impossible to calculate meaninful cost per CYP and costs per new acceptor will be inflated. It does not appear that a system to document sterilizations will be implemented before Cesar and Cauca are placed on maintenance. Since the IEC department registers motivations by the instructors, it is likely that the project will have to rely on that data. There are two fundamental pitfalls in calculating costs using this data: One is that these are motivations not sterilizations actually performed so that costs are lower than they should be. The other is that they are motivations by the instructor so that those by the distributor are not reported. This tends to raise costs because fewer are reported.

CESAR-CAUCA BASELINE-SURVEY

For the project baseline survey, a multistage stratified cluster sample was applied representing 58,334 rural and urban ever married women 15 to 49 in 24 municipalities in Cesar and Cauca. A detailed description of the sample design in Spanish can be found in Appendix IV. The sample permits us to make inferences with regards to the total 58,334 women and to carry out an analysis according to department by control urban-rural and experimental urban-rural groups. However, the most programmatically relevant analysis for the project is to compare within each department the control with the experimental zone. Therefore most of the tables which have been selected to include in this report show the results of the survey for each zone for both departments. All statistics in these tables are based on weighted data.

The individual questionnaire designed for the survey is a modified version of the Colombian 1978 and 1980 Contraceptive Use Prevalence Survey questionnaire while the household questionnaire is similar to the PROFAMILIA/Population Council 1978 Posttest instrument. The major difference between the Cesar-Cauca individual questionnaire and those of the Prevalence Studies is the inclusion of (1) a section on how current users practice the method they are using (2) questions on experiencing secondary effects with a method and knowledge and source of knowledge regarding secondary effects and (3) inquiries to detect the family planning information network.

Interviewing for the survey was carried out in April and May by the 12 project promoters and the two female team members. Supervision of the fieldwork was the responsibility of the two project supervisors and the project's research assistant. The male team members were sent ahead of the interviewers with the area maps to identify the sample segments, and to establish a work plan depending on the distances between segments and the characteristics of the terrain.

For Cesar, the number of household and individual questionnaires completed were 940 and 790 respectively. In Cauca 741 household and 514 individual questionnaires were completed. The completion rate for the individual questionnaire for Cesar was 91 percent and for Cauca 78 percent.

The number of ever married women 15 to 49 interviewed in each zone for each department and some general characteristics of those women are shown in Table 1. There exists a difference of

TABLE 1.- Characteristics of all ever-married women by intervention group: Cesar-Cauca

ITEM	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
Number of women interviewed	507	283	790	300	214	514
Mean age	30.33	31.05	30.57	30.84	33.20	31.61
Mean number of years of formal education	2.69	2.87	2.75	2.89	2.67	2.82
Mean number of live births	4.07	4.91	4.34	3.99	4.60	4.19
Exposure Status						
Currently pregnant	15	16	15	10	11	10
Widowed, divorced, separated	13	11	12	17	12	15
Couple sterilized	5	12	8	7	6	7
Other impairment	0	0	0	1	0	1
Reported fecund	67	61	65	65	71	67
Percent Total	100	100	100	100	100	100

over 2 years in the mean age between the control and experimental groups in Cauca. Under exposure status, it is noteworthy that more than double the percentage of women in the experimental zone of Cesar are sterilized for contraceptive purposes as compared to the control municipalities. The category fecund refers to those women who are currently in union, not pregnant and have no known fecundity impairment. In Cauca Experimental and Cesar Control the per-

centage of women in this category is high if it is compared to the percentages found for the Nariño-Santander Baseline and Posttest (62 percent was the highest). Since this is the population most exposed to the risk of pregnancy and therefore of increased programmatic interest, most of the tables that follow refer to these women.

By comparing the mean number of years of formal education and the mean number of live births of the Cesar-Cauca survey with those of the 1980 Colombia Contraceptive Use Prevalence Survey for the urban and rural ever married women for the Atlantic and Pacific regions, it can be seen that the PROFAMILIA means are more similar to the regional rural means than the urban (Table 2).

TABLE 2.- Mean number of years of formal education and mean number of live births for ever-married women in the Atlantic and Pacific Regions: Colombia

I T E M	ATLANTIC		PACIFIC	
	Rural	Urban	Rural	Urban
Mean number of years of formal education	2.3	4.9	2.7	5.6
Mean number of live births	4.7	3.5	4.1	3.4

Source: CCRP, MOH, Westinghouse Health Systems, Preliminary results from the 1980 CPS.

Contraceptive Use Levels

Half of all the currently married non-pregnant fecund women in the control zones of Cesar were using a contraceptive method (Table 3 on page 13 at the time of the survey which is just above the percentage found in the 1980 CPS for the Atlantic Region (48 percent). Current use in the experimental zone of Cesar (36 percent) is quite low: it is 5 percentual points below the 1980 CPS statistic reported for the rural zones of the Atlantic (41 percent).

TABLE 3.- Percentage of currently married non-pregnant fecund women who are currently using contraception (including sterilization) by age, number of living children, level of education and type of residence: Cesar-Cauca

CHARACTERISTIC	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
All	50	36	46	37	24	32
Age						
15-19	32	19	27	35	29	34
20-24	60	46	56	38	39	38
25-29	55	33	52	50	15	37
30-34	63	41	45	52	30	45
35-39	59	38	48	23	17	20
40-44	28	47	34	22	16	20
45-49	19	35	25	18	25	21
Number of live births						
0	16	-	13	11	-	6
1	38	21	33	39	20	34
2	61	50	57	42	38	41
3	60	41	56	31	26	55
4	61	49	57	51	19	39
≥5	49	36	44	32	22	27
Education						
none	40	24	35	21	14	18
1-2	47	25	40	23	19	21
3-4	61	45	56	43	27	38
5	58	48	56	55	32	48
more than 5	54	61	57	68	57	66
Place of residence						
urban	56	49	54	61	51	59
rural	48	34	43	31	21	27

Although the control zone use levels are 13 percentual points higher in Cauca than the experimental (37 VS 24 percent), prevalence levels there are quite low if they are compared to the 1980 CPS prevalence rate for the Pacific Region: fifty-five percent of the exposed women were currently using a contraceptive.

Figure 1 on page 6 shows graphically current use by age according to intervention group. It is clear that the higher use prevalence in Cesar Control is attributable mainly to those women between 20 and 39 years of age. Women in the age groups 40 to 44 and 45 to 49 in the control zone in that department reported significantly lower prevalence rates than their conterparts in the experimental area. For women 45 to 49 in the Cesar experimental municipalities, use was nearly double that in the control areas (19 VS 35 percent). These use rates among the older women in the experimental zone are due to the very high rate of sterilization there which accounts for 45 percent of all methods in use in Experimental Cesar versus 14 percent in the control area.

In Cauca, as well, there are age groups (20 to 24 and 45 to 49) where higher prevalence rates were reported for the experimental area than for the control zone although the difference is slight compared to Cesar. It is in Cauca where the gap in use by age between the two zones is the greatest. It can be seen in Figure 1 that for women in the 25 to 29 age group there is a difference of 35 percentual points in use (50 percent in the control zone versus 15 percent in the experimental).

By number of live births, the pattern of use is similar between the two groups in Cesar but not in Cauca (Figure 2 on page 16). In Cesar higher use occurred for women with 2 to 4 live births. In Cauca Control use prevalence was highest for women with 4 births (51 percent) while in the experimental zone the lowest use level was found for women in that category.

In Colombia prevalence of use generally increases as formal education levels rise. It is noteworthy that in the control areas of Cesar this pattern is not so clear (see Figure 3 on page 8).

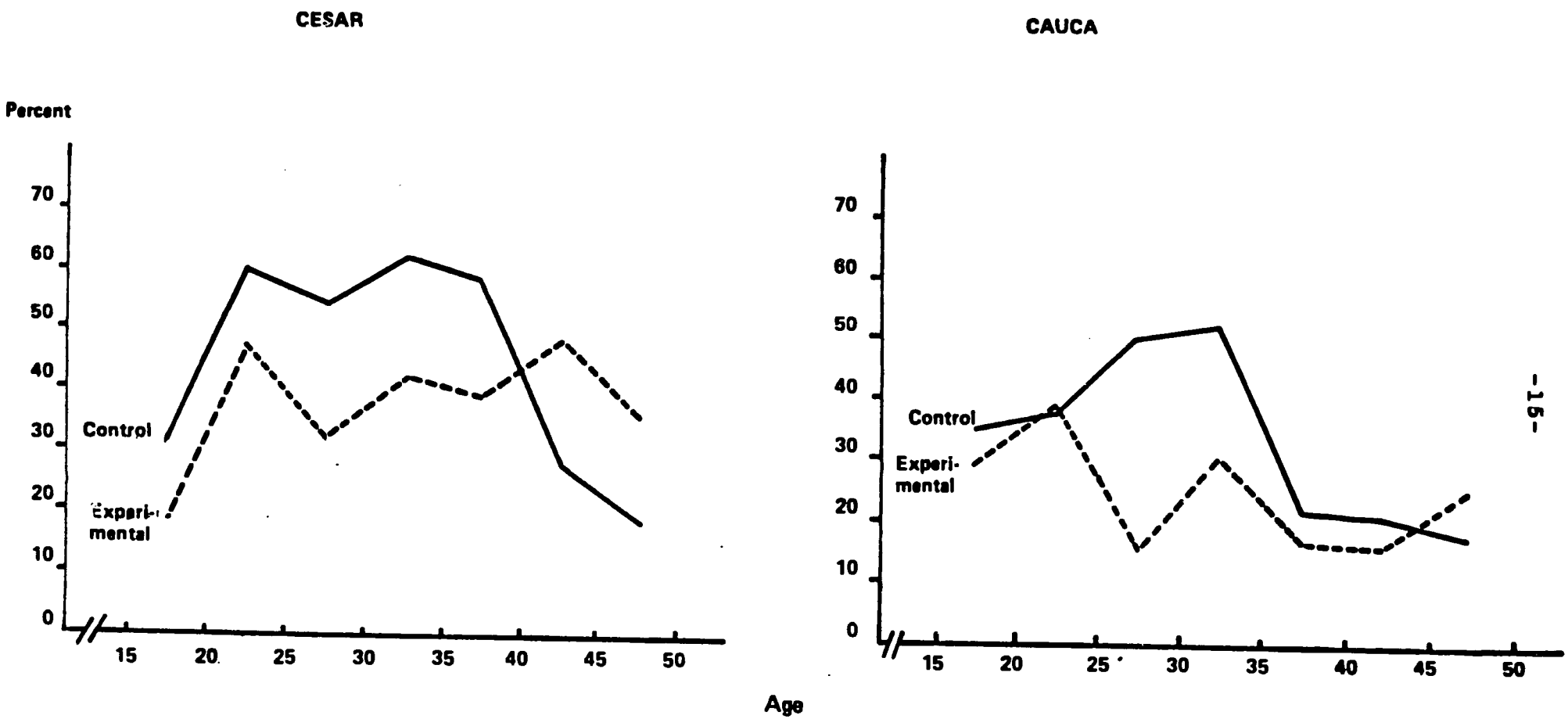


FIG.— 1. Current use of contraception by age of currently married non—pregnant fecund women according to intervention group: Cesar — Cauca

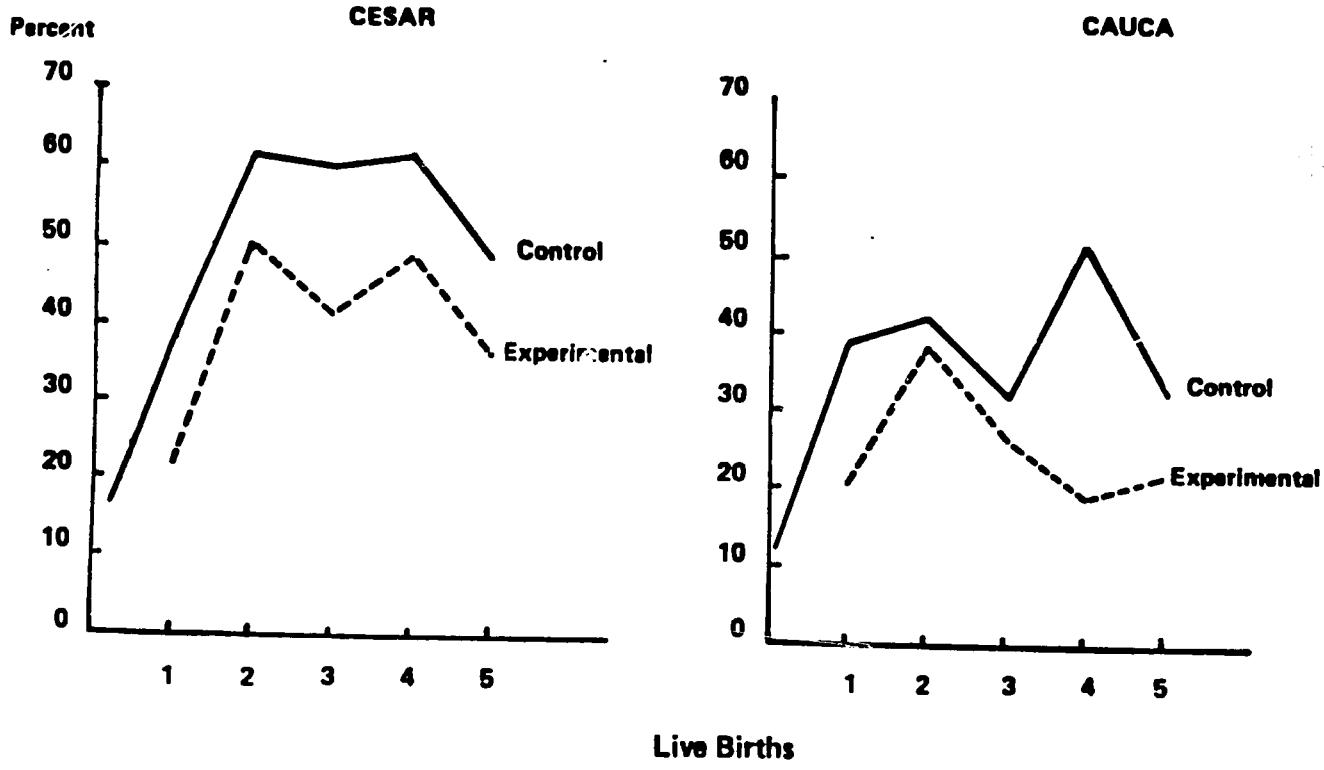


FIG.– 2. Current use of contraception by number of live births of currently married non–pregnant fecund women according to intervention group: Cesar – Cauca.

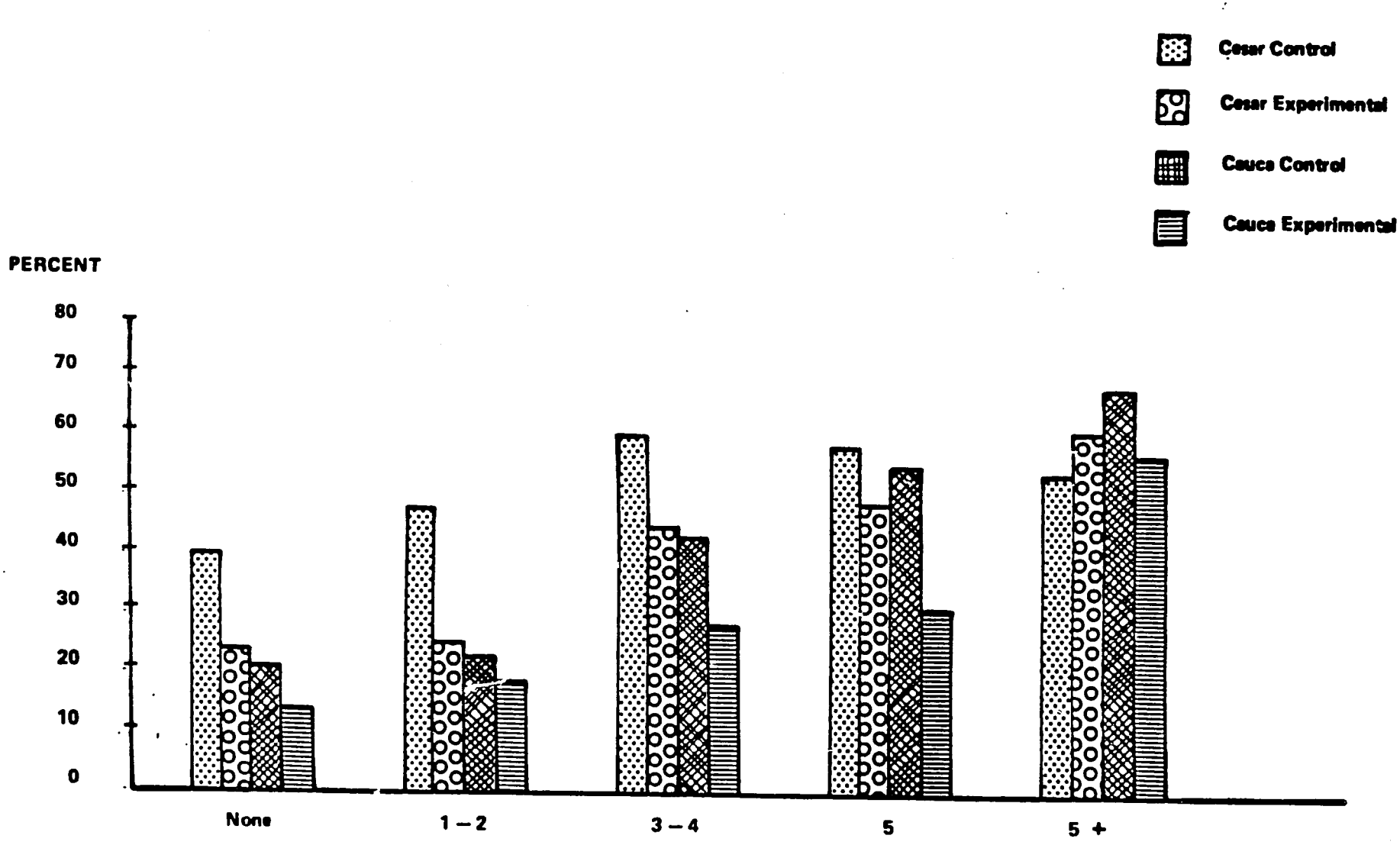


FIG. 3.– Current use of contraception by currently married non-pregnant fecund women according to formal education level by intervention group: Cesar – Cauca

High use is found among all levels but particularly for women with 3 to 4 years of schooling where 61 percent of the exposed women were currently practicing family planning. The percentage using declines afterwards for women with 5 and more than 5 years of education. For the experimental group it is clear that the low prevalence there is affected by women with none or up to 2 years of formal education. Only around 25 percent of the exposed women at these educational levels were using as compared to almost double that amount for women with complete primary school (5 years). There is a 20 percentual point difference in use between women with 2 years or less education and those with 3 to 4 years.

From past experience in Nariño and Santander, it would be expected that the difference in use between the experimental and control areas in Cauca among the different educational levels would disappear at the higher levels but in fact this is not the case. The gap widens as the number of years of formal schooling goes up.

The percentage distribution of exposed women according to current use and type of method being used is graphically presented in Figure 4 on page 19. The oral contraceptive is the most popular method in the control zones while that of female sterilization is in the experimental areas. Of the 38 percent who are using a method in Cesar Experimental, 45 percent are sterilized for contraceptive purposes. Sterilization in the control area of Cesar represents 15 percent of all methods being used. In Cauca Experimental one-third of all users are sterilized.

Contraceptive Knowledge

The percentage of currently married fecund women who could name one specific contraceptive method without help from the interviewer is 97 percent in Cesar Control and 98 percent in Cesar Experimental (refer to Table 4 on page 20).

Although there exists a 7 percentual point difference between the two zones in Cauca, the knowledge level statistics for both areas of Cauca are low for the Pacific Region. According to the

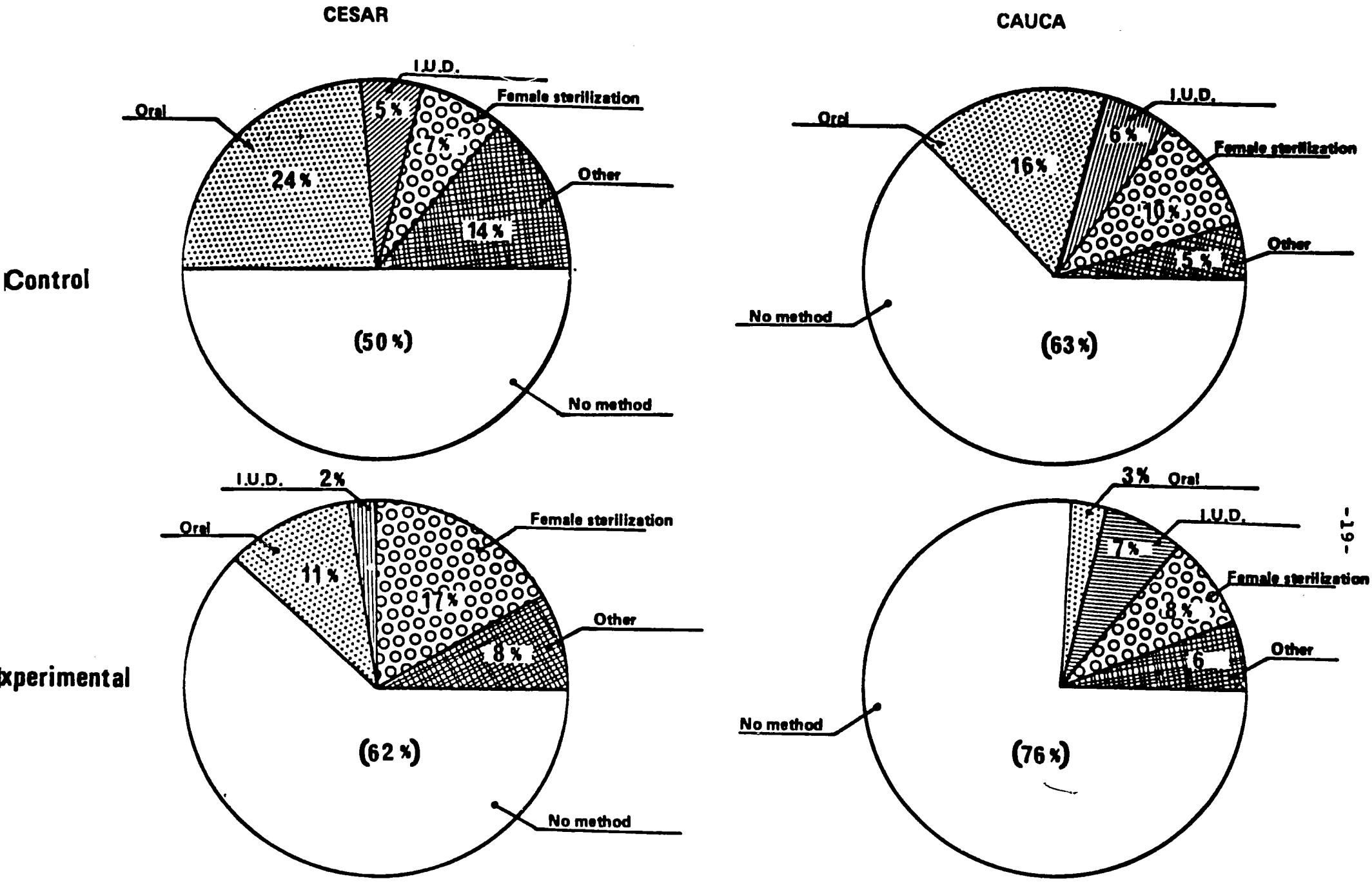


FIG. 4— Current use and type of method being used by non — pregnant currently married fecund women by intervention group: Cesar — Cauca

TABLE 4.- Percentage of currently married fecund women who know of contraceptive methods by age, number of live births, level of education and place of residence: Cesar-Cauca

CHARACTERISTIC	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
All	97	98	97	80	73	77
Age						
15-19	93	88	91	79	65	76
20-24	98	100	99	89	66	84
25-29	98	100	99	91	77	86
30-34	95	100	97	71	70	71
35-39	99	97	98	83	78	81
40-44	100	100	100	60	74	65
45-49	94	94	94	75	75	75
Number of live births						
0	89	100	91	78	35	72
1	97	89	95	82	67	78
2	100	100	100	87	77	84
3	93	96	94	78	65	75
4	96	100	97	82	68	77
≥5	99	98	97	74	78	76
Education						
none	93	97	95	73	58	68
1-2	98	97	98	73	71	72
3-4	99	96	98	80	75	79
5	98	100	98	91	92	92
more than 5	100	100	100	98	80	94
Place of residence						
urban	96	98	97	92	83	89
rural	98	98	98	77	72	75

1980 CPS, the percentage of ever married women who could name at least one contraceptive in the Pacific Region was 89 percent. In the experimental area it can be seen in Table 4 that the low knowledge rate there is particularly attributable to women in the lower age groups (15 to 24), to women with no live births and to women with no formal education. Only in Cauca was a rural-urban difference in contraceptive knowledge levels observed.

Among the methods named the oral contraceptive in each group is the best known followed by female sterilization (Table 5).

TABLE 5.- Percentage of currently married fecund women who know of contraceptive methods according to specific methods: Cesar-Cauca

METHOD	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
No method	3	2	3	20	27	23
Oral	96	98	97	78	73	76
IUD	75	80	77	51	54	52
Condom	59	60	60	22	19	21
Suppository	72	82	75	42	25	36
Sterilization						
female	90	96	92	68	57	65
male	30	21	27	16	9	14
Rhythm	53	42	50	19	12	17
Withdrawal	42	32	39	12	9	11
Injection	88	92	89	61	45	52
Other	5	6	5	1	0	1

Injectable contraceptives are nearly as well known as female sterilization in all groups except Cauca Experimental where the third most mentioned method is the IUD. It would be expected that where there is more knowledge of contraceptives higher use levels would be found. This pattern occurred in Cauca when comparing the control with the experimental group but not in Cesar. There the total knowledge level for the experimental zone is just slightly above that of the control area yet the statistic for exposed women using was 38 percent compared to 50 percent in the control area. The only exception to this was for sterilization where knowledge and use were higher in the experimental zone.

Source of Supply

Despite the high contraceptive knowledge and use levels in Cesar, more than half of the ever-married women cannot name a

specific source for family planning services in the control zone and 68 percent could not in the experimental zone (Table 6).

TABLE 6.- The percentage of all ever married women who named a specific source for family planning services: Cesar-Cauca

SOURCE	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
No place	59	68	62	63	60	62
Health post	27	46	33	41	39	40
Drugstore	17	12	15	7	4	6
Profamilia	22	12	19	6	9	7
Physician	6	8	7	5	1	4
Friend	10	6	9	4	4	4
Other	0	1	1	3	3	3
Total number of unweighted cases	507	283	790	300	214	514
Total number of weighted cases	2036	966	3002	1049	506	1555

Of those who were able to name a source in both zones of each department, the MOH services were the best known. If the second most named service is identified in this table for each of the four groups, it can be seen that in all, except Cesar Control, services other than those of the MOH are relatively little known. In Cesar Control 22 percent named PROFAMILIA as compared to 27 percent identifying the MOH sources. Nonetheless, it is noteworthy that in the experimental area of Cesar, where PROFAMILIA has never offered services, 12 percent named PROFAMILIA as a source. In the experimental zone in Cauca, PROFAMILIA was better known than in the control zone of that department. Since some PROFAMILIA services were being offered in some of the control areas several months before the project began, it is to be expected that this source would be named in the control areas. However, the 22 percent naming that source in Cesar

Control is unexpectedly high. These percentages for both the control and experimental zones probably demonstrate the spill-over effect from the urban program.

Even though the MOH is the best known source, current users in Cesar obtain their method most frequently from drugstores (Table 7).

TABLE 7.- The percent distribution of current users by source of most frequent contraceptive service or supply source: Cesar-Cauca

SOURCE	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
TOTAL						
MOH	21	28	23	66	69	66
Drugstore	30	37	31	10	6	9
PROFAMILIA	21	9	18	2	11	4
M.D.	12	13	12	21	3	17
Other	16	13	16	1	11	4
Percent total	100	100	100	100	100	100

In Cauca, the MOH services are those most frequently used. Again it should be pointed out that despite the fact that no PROFAMILIA program was functioning in the experimental zone of Cauca, 11 percent of current users were using that source.

Around half of all oral users obtain their method from drugstores in Cesar (Table 8 on page 24) while in Cauca most users of the pill go to the MOH health posts or health centers. One-third of oral users in the experimental zone of Cauca obtain their method from PROFAMILIA even though the project was not functioning in those municipalities at the time of the survey. The influence of PROFAMILIA among oral users is evident in Cesar as well. The percentage of women who purchase the pill in PROFAMILIA outlets is equal to the percentage using the MOH services (20 percent).

TABLE 8.- The percentage distribution of oral users by source of supply according to intervention group: Cesar- Cauca

SOURCE OF SUPPLY	CESAR			CAUCA			TOTAL
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total	
Health Post	20	25	21	72	55	70	34
Drugstore	44	51	45	12	3	11	36
Profamilia	20	11	18	3	34	5	15
Physician	4	13	6	13	8	13	7
Other	12	0	10	0	0	1	8
Percent Total	100	100	100	100	100	100	100
Unweighted number of cases	90	26	116	51	12	63	179
Weighted number of Cases	366	80	446	137	14	151	597

In Table 9, the percentage distribution of women sterilized for contraceptive purposes by source of operation is shown. The

TABLE 9.- The percentage distribution of sterilized women by source of operation according to intervention department: Cesar-Cauca

SOURCE OF OPERATION	CESAR	CAUCA
Hospital	57	39
Health Center	7	9
Profamilia Clinic	13	5
Private Clinic	16	36
Other	7	11
Percent Total	100	100
Unweighted number of cases	68	44
Weighted number of cases	243	110

analysis in this table is by department and not intervention group due to the few number of cases. In Cesar over half (57 percent) of the women were sterilized in an MOH hospital and if the MOH health centers are grouped with it, around two-thirds of all sterilizations were performed in MOH facilities. In Cauca, the situation is different because a little over one-third of all sterilizations were performed in private clinics.

Use Practices, Contraceptive Alternatives and Secondary Effects

In order to better design the project's IEC component to recruit new acceptors and meet the user's needs, a series of questions were asked of current users of the oral, the condom, rhythm, withdrawal and vaginal suppositories related to how these methods are practiced by their users. Current users of all methods were questioned if they had received, prior to adopting a method information on contraceptive alternatives and secondary effects. If a user had suffered side effects from the method in use, she was asked if she had been advised on what to do about it.[1]

How current users practice their method.-- In Table 10 on page 26, the statistics are shown for the items included in this study to detect how current oral users practice their method. Users of both the 21 and 28 oral cycles were asked if they could identify the number of pills their monthly cycle contained. Only 4 percent could not (Item 1). Those who answered they were taking the 21 pill cycle were then questionned as to how many days they wait from the time they took the last pill in a cycle and starting a new package. Even though the percent of women giving the correct response in Cauca is

---

1 As well, past users were asked why they stopped using, if they intended to use in the future and the method(s) they would like to use. Some information was also collected on women who have never used, to determine if they vary in some way to those who are using or have used. Since the team modality is intended to create a family planning network within the community by encouraging the community to participate in the organization and establishment of the project's family planning services, questions were asked of respondent's on their knowledge of other users in their community. Although this information has been placed into table format, it will not be presented in this report until further analysis can be made.

TABLE 10.- Contraceptive use practices of current oral users according to department. Cesar-Cauca

I T E M	CESAR	CAUCA	TOTAL
USERS OF BOTH 21 AND 28 CYCLE			
(1) Percent who could name the number of pills in her cycle	96	95	96
USERS OF 21 CYCLE ONLY			
(2) Percent who wait correct number of days between cycles	16	30	22
(3) Percent who know what to do if do not menstruate after taking 21 pills	10	16	12
(4) Percent who take pill daily	87	99	92
(5) Percent who know what to do if forget to take a pill	32	34	33
Total number of unweighted cases	46	52	98
Total number of weighted cases	167	125	292
USERS OF 28 CYCLE ONLY			
(6) Percent who take pill daily	87	100	88
(7) Percent who know what to do if forget to take a pill	26	38	26
Total number of unweighted cases	65	9	74
Total number of weighted cases	262	19	281

double that found for Cesar (30 percent versus 16 percent), 70 percent of the 21 cycle oral users in Cauca and 84 percent in Cesar could not tell the correct number of days between cycles.

Even more alarming is the percent of 21 oral cycle users who could not describe how the pill should be used in case the user does not menstruate after taking all 21 pills. As can be observed in Item 3 of Table 10, only 10 percent in Cesar and 16 percent in Cauca knew what steps to follow.

Although nearly all oral users in Cauca (Item 4) stated that they take the pill daily, 13 percent in Cesar do not. Only about one-third of the 21 cycle users could describe how the method should practiced if the user forgot to take one pill. A similar finding is shown in Item 6 in Table 10 for 28 cycle users: 26 percent in Cesar and 38 percent in Cauca knew what to do if they forgot to take one pill.

While questions were asked of users of condoms, withdrawal, rhythm and vaginal suppositories on how they practiced their method, the responses indicate that either oral users are less informed, the oral is a more difficult method, or that the questions were poorly constructed and/or administered. At the same time there are too few users of each of those methods in the study to place much importance on the implications of the findings.[1] All of the respondents using these methods, except for condom users, answered the questions relating to the method in use correctly. In the case of condom users, they were questionned as to where they kept the method in the household, if it was used for every sexual act and if it was used from the time of initiation of the sexual act or some time during the act. All users of this method responded correctly to the first question; 95 percent said they used the condom for every sexual act but only 57 percent used it from the time the sex act began.

Contraceptive alternatives and side effects.-- A little less than one-fourth of all current users were not provided information at the time of adopting their current method regarding contraceptive alternatives (see Item 1 of Table 11 on page 28). Of those women who were informed about other available methods, 71 percent in Cesar and 85 percent in Cauca received information on other efficient methods

---

1. The unweighted and weighted number of cases for each of these methods are:

	Condom	Rhythm	Withdrawal	Vaginal Suppositories
Unweighted number of cases	10	28	13	16
Weighted number of cases	30	90	43	51

TABLE 11.- Percent of current users who were informed about contraceptive alternatives and secondary effects

I T E M	CESAR	CAUCA	TOTAL
(1) Percent who were informed of other methods besides the current one at time of adopting current method	78	77	78
(2) Of those who were informed of other methods, percent who were told about efficient methods	71	85	75
(3) Percent who were told before adopting a method that some methods might cause side effects	66	25	65
(4) Percent who have suffered secondary effects with current method	23	31	25
(5) Of those who have suffered secondary effects from current method, percent informed she/he could change methods			70

(Item 2). It is noteworthy that only one-quarter of all current users in Cauca, before adopting their current method, were advised that some methods could produce secondary effects (Item 3). Table 12 on page 29, shows which methods and their secondary effects these women were informed about.

The method most mentioned as causing side effects was the oral followed by the IUD, injection and vaginals. Nearly half of the women who were told the oral produces secondary effects were advised it caused cancer. Fifty-six percent who received information on adverse effects of the IUD, had been told it is cancer producing. As might be expected, the information being given about vaginal sup-

TABLE 12.- The percentage distribution of current users who were informed that some methods can produce secondary effects according to the side effect by method Cesar - Cauca

SECONDARY EFFECTS	METHOD ORAL	IUD	INJECTION	VAGINALS
Cancer	44	56	-	-
Headache	8	-	-	-
Skin problems	7	-	-	-
Weight changes	9	-	-	-
Method failure	-	11	-	62
Menstrual problems	-	-	39	
Other	32	33	61	38
Total Percent	100	100	100	100
Total unweighted number of cases	155	79	31	17
Total weighted number of cases	495	240	84	54

positories is that it is an inefficient method since 62 percent of the respondents reported that they had been told that the method fails to protect against unwanted pregnancies. The category "other" has yet to be analyzed which for all methods, and particularly for injection, represents a high percentage of the responses.

Twenty-five percent of all current users have suffered or are suffering from side effects from their method (Item 4 of Table 11 on page 28). Seventy percent of these women have been advised that they can change methods (Item 5 of Table 11). More than half (66 percent) who are experiencing secondary effects are pill users.

Unmet Need

Table 13 on page 30, presents five categories which are used to illustrate the unmet need for family planning services in the

TABLE 13.- Estimates of unmet need for family planning: Cesar-Cauca

CATEGORY	CESAR			CAUCA		
	Control	Experimental	Total	Control	Experimental	Total
(1) Percent of exposed women who want no more	70	79	73	82	93	86
(2) Percent of exposed women not using						
any method	50	62	54	63	76	68
efficient method	58	66	60	64	80	69
(3) Of exposed women who want no more percent not using						
any method	45	58	50	65	76	69
efficient method	55	61	57	66	79	71
(4) Of all exposed women percent who want no more and are not using						
any method	32	46	36	54	70	59
efficient method	38	48	42	54	73	61
(5) Of all currently married women, percent who are exposed and want no more and are not using						
any method	26	38	30	48	62	53
efficient method	32	40	35	48	65	54

control and experimental zones for each study department.[1]

Even though 46 percent of the exposed women in Cesar are currently using a contraceptive method, 73 percent (category 1) do not want more children. In Cauca the percent wanting no more is even higher than in Cesar (86 percent) and use prevalence there is only 32 percent of the exposed women. It is clear in this Table that

---

1 The categories for this table have been taken from Charles F. Westoff, "The Unmet Need for Birth Control in Five Asian Countries", International Family Planning Perspectives and Digest, Vol. 4, Number 1, Spring, 1978, p. 15.

the desire for no additional children is higher and use prevalence is lower in the experimental zones that the control areas.

In Table 13 category 4 is perhaps of most interest because it refers to the population most at risk and is the direct target population for the project. The statistic that 70 percent of all exposed women in the experimental zone of Cauca want no more children and are not using any contraceptive method is indicative of the tremendous need for family planning services in this area. Comparing that percentage with those calculated in the same way for the Baseline in Nariño and the Santanders, it was found that in none of these three departments in 1975 did the percentage not wanting more children and not using any methods reach more than 58 percent.

Summary of Findings

From this baseline study it is known that the project services are not being introduced into uncontaminated areas for either the control or experimental zones. Contraceptive use prevalence among the exposed women in the control area of Cesar is at an unexpected 50 percent. It is clear that the percentage of women using is greater in the control zones of both departments and that the gap in use levels is more pronounced between the control and experimental group in Cesar than in Cauca.

It would seem that contraceptive use would depend on the individual's knowledge of different contraceptive methods. In the case of Cauca, this is apparently true for the low use prevalence rates are accompanied by relatively low knowledge levels for Colombia. The exception to this is the experimental group in Cesar where only 36 percent of the exposed women are using yet 98 percent could name at least one contraceptive method.

None of the experimental municipalities in Cesar had been serviced by PROFAMILIA previous to the project whereas in the control area not only had the urban program established posts (i.e. Aguachica, Gamarra) but the rural program began its activities there several months before the survey. In an attempt to understand better why knowledge levels are so high in the experimental zone, the

existence of MOH service outlets was searched for and the results are shown in Table 14 on page 33. Here it can be seen that it is precisely in the experimental zone in Cesar where the MOH had more service outlets per municipality as compared to other municipalities in Cesar, excluding Valledupar. There are 4 MOH posts in Robles - La Paz, 3 in Copey, 3 in Chiruguaná and 2 in Chimichagua. In these 4 municipalities about one-quarter of all MOH new acceptors were registered during 1980.

The high percentage (22 percent) of exposed women who named PROFAMILIA as a source in the control zone of Cauca is not surprising, then, given the pre-existing PROFAMILIA services (before the survey) in this area. At the same time, since (1) 45 percent of all current users in the experimental zone of Cesar are sterilized (2) until recently most of the sterilization services (operation and/or referrals were directly or indirectly due to PROFAMILIA and (3) the experimental zones are not far from Valledupar the 12 percent who named PROFAMILIA as a specific source is understandable.

From the unmet need estimates we have seen the demand for family planning services in these areas particularly in Cauca. We have some guides from the survey as to what kind of information should be included in the project's IEC campaign (i.e. better instructions on how to use the oral). It is expected that in the second survey we will observe changes in use levels in all areas but given the high prevalence rates in Cesar we may have a similar situation as found in Santander in the Posttest where the least contraceptive use change was observed because the use level was already high.

TABLE 14.- Number of MOH service outlets, and number of new acceptors by method for each municipality for the year 1980: Cesar *

MUNICIPALITY	NUMBER OF OUTLETS	NEW ACCEPTORS				NO INFORMATION	TOTAL
		ORAL	IUD	STERILIZATION	OTHERS		
Valledupar	10	146	68	41	13	1	269
Aguachica	1	44	53	2	1		100
Agustín Codazzi	2	30	66				96
Chimichagua	2	11	2				13
Chiriguaná	3	60	13			1	74
Curumani	1	11	7				18
El Copey	3	15	8				23
Gamarra	1	43	32	4			79
La Gloria	1	12	12				24
Pailitas	1	17	10				27
Río de Oro	1	5	2				7
Robles-La Paz	4	77	29				106
Tamalameque	2	45	36	1	5		87
T O T A L	32	516	338	48	19	2	923

* Source: Information Subsystem, Maternal-Infant Division, Ministry of Health, Bogotá, 1980 (computer printout)

A P P E N D I X I

FEPEC MATERIALS

Cinov 9/21

PROFAMILIA

Departamento Educativo

MANUAL SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

- Para el Equipo y los Distribuidores -

Elaborado con asesoría de la Fundación para la Educación Permanente en Colombia - FEPEC- y el Centro para el Desarrollo de la Educación No Formal - CEDEN -

Bogotá, Octubre 1981

LO QUE USTED ENCONTRARA EN ESTE MANUAL

	Páginas
PRESENTACION	1-2
COMO UTILIZAR ESTE MANUAL	3
QUE ES PROFAMILIA	4
QUE ES PLANIFICACION FAMILIAR	5-9
METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR HIJOS POR UN TIEMPO	
1- Píldoras Anticonceptivas	10-21
2- Dispositivos Intrauterinos	22-25
3- Condón	26-28
4- Métodos de uso Vaginal	29-30
5- Métodos Temporales	31
El Diafragma	31
La Inyección	31
El Ritmo	32
METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LOS PADRES QUE NUNCA QUIEREN TENER MAS HIJOS :	
1. Vasectomía	33-35
2. Ligadura de Trompas	36-39
CONCLUSIONES	40
1. Cuadro comparativo de seguridad de cada Método Anticonceptivo	40-41
2. Casos en que la Mujer debe ir a PROFAMILIA	42-43

PRESENTACION

Este manual está dirido a todas las personas que tienen bajo su responsabilidad orientas a la pareja sobre los métodos anticonceptivos más apropiados en cada caso.

Hemos tratado de incluír toda la información necesaria,de una manera clara y breve, para cada uno de los métodos,de manera fácil y que sea rápida encontrarla cuando se necesite.

Este manual amplía la información contenida en el Laminario,y por lo tanto es conveniente utilizarlo de manera complementaria.Contiene la información correspondiente a todos los anticonceptivos conocidos en nuestro medio (en este sentido es más amplio que el Laminario) : qué son,cómo actúan,como se usan, qué ventajas tienen,quiénes pueden usarlos y quienes no,qué consecuencias traen,dónde se consiguen y cuáles son aquellas creencias falsas que se tienen sobre cada uno.

No se espera que sepamos de memoria el contenido de este manual,precisamente lo hemos elaborado para tenerlo siempre a la mano y consultarlo cuando lo necesitemos.

Hemos incluído unas páginas en blanco al final de cada método, para que usted anote allí aquellas preguntas que no pudo responder, ni siquiera con la ayuda del manual. También escriba sus dudas y comentarios. Esto nos ayudará a mejorarlo en el futuro.

Esperamos que les sea de gran utilidad y ayuda.

COMO UTILIZAR ESTE MANUAL

Este manual puede utilizarse en cualquier momento para obtener información o aclarar dudas sobre los métodos anticonceptivos.

Se ha pensado que es especialmente útil en las siguientes ocasiones :

1. Para preparar la charla con la comunidad. El Equipo NUNCA debe utilizarlo durante la charla con la comunidad.
2. Cuando se realicen visitas o reuniones con las parejas que quieren planificar.
3. Cuando las parejas acudan a nuestra ayuda para consultas y orientación de manera individual.

¿QUE HACEMOS CUANDO HAY UNA PREGUNTA QUE NO ESTA CONTESTADA EN EL MANUAL ?

1. Escríbala en las páginas en blanco después del método sobre el que se tiene la duda .
2. Consulte el caso con el personal de PROFAMILIA, la próxima vez que se ponga en contacto con él, y si no se puede :
3. Consulte el caso con la enfermera o con el médico al cual se tenga cerca.

I [illegible] Nº 1

¿QUE ES PROFAMILIA ?

PROFAMILIA es una institución particular sin intereses económicos que colabora con la comunidad en planificación Familiar.

PROFAMILIA ha preparado cuidadosamente a su personal para que se encuentre en capacidad de informar orientar y llevar servicios a la pareja que desea planificar su familia.

También ha creado en todo el país unos centros que ofrecen esta orientación y asistencia directa a las parejas.

Imagen Nº 2

¿QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR ?

Planificación Familiar es tener el número de hijos que una pareja decida tener. Cuando una pareja se sienta a conversar sobre sus posibilidades económicas, su trabajo y su propio deseo de tener hijos,y decide cúantos quiere tener y en qué momentos les conviene que llegue cada uno, esto es planificar su familia.

¿PORQUE ES IMPORTANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR ?

Hay muchas razones para que una pareja deba planificar la familia :

1. Amor y cuidado a los Hijos :

Cuando se planifica la familia se puede dar a cada hijo toda la atención la dedicación y el cariño que necesita para crecer fuerte y sano.Cuando

se desea un hijo y se encarga voluntariamente, este siempre tendrá el amor y la atención de sus padres.

2. Educación :

La familia planificada puede dar a cada uno de sus hijos,una mejor educación y de esta manera hacer de él una persona útil para su propia familia y para la comunidad.

3. Buena salud del hijo :

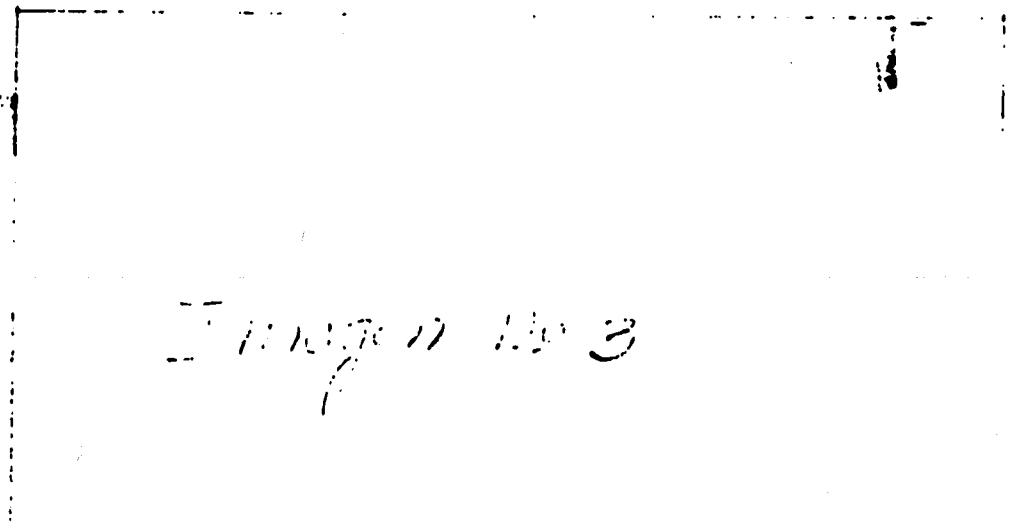
La salud de los hijos, también depende de cuántos niños haya en cada familia, y de cuántos años se llevan los niños entre sí.

Se ha demostrado que los hijos de familias más pequeñas y con nacimientos más espaciados, son más sanos y fuertes que los de familias con nacimientos más seguidos.

4. Buena salud de la madre :

Los embarazos muy seguidos no son buenos para la salud de la madres.

Si se quiere que la madre tenga una buena salud y pueda criar bien y con cuidado a cada uno de sus hijos,los embarazos deben planearse dejando unos años entre unos y otros, para que la madre se recupere completamente antes del siguiente embarazo.



¿COMO PUEDE EVITAR LA PAREJA UN EMBARAZO CUANDO LO DESEE?

Toda relación sexual o íntima puede ocasionar un embarazo. Por ello la pareja antes de tener una relación íntima debe pensar si está en sus planes tener o nó un embarazo. Para evitar el embarazo existen varios métodos, llamados también métodos anticonceptivos dan muy buenos resultados cuando se usan debidamente.

Imagen Nº 4

¿ QUE METODOS EXISTEN PARA PLANIFICAR LA FAMILIA ?

Hay varios métodos anticonceptivos : la píldora,el dispositivo (anillo,churrusco), los óvulos y tabletas vaginales, el preservativo o condón y los métodos definitivos.

Cada pareja debe escoger el método anticonceptivo que más le convenga de acuerdo con su propia situación.

La píldora, el dispositivo,los óvulos y el condón sirven principalmente para demorar el nacimiento de coda hijo. Por esto se aconsejan en parejas jóvenes que tienen los hijos que han planeado tener.

La ligadura de trompas y la vasectomía son métodos anticonceptivos definiti-

vos, es decir para aquellas parejas que han decidido no tener más hijos.

¿SE PUEDE CAMBIAR DE METODO ?

Si cada pareja puede ensayar el método que le parezca más adecuado, y si no se acomoda a él, cambiarlo por otro.

Tambien puede utilizar uno por un tiempo y cambiarlo por otro cuando se canse.

Hay algunos métodos que pueden cambiar, es decir utilizarlos al tiempo para mayor seguridad. Por ejemplo : El Condón que lo usa el hombre y los óvulos o tabletas vaginales que los usa la mujer.

Lo importante es sentirse seguro y tranquilo en su vida con su pareja y poder decidir reponsable y voluntariamente el momento para tener cada uno de sus hijos.

METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SE PUEDEN USAR POR UN TIEMPO

Imagen No 5

1. Píldoras Anticonceptivas :

Las píldoras Anticonceptivas son uno de los métodos más seguros para evitar el embarazo, pero es necesario tomárselas como es debido.

¿ COMO DEBE USARSE LA PILDORA ?

Para comenzar a usarla, espera que le venga la regla o menstruación. Cuente los días desde el primer día de la regla y el quinto día empiece a tomar las píldoras.

Ejemplo : Si la regla le vino el martes, ese se cuenta como el primer día y entonces el sábado, que es el quinto día, debe comenzar a tomar la primera píldora anticonceptiva.

MAMO

Del sábado en adelante debe tomar una cada día sin falta hasta terminarse todas las del cartón, más o menos a la misma hora, preferiblemente con la comida de la noche.

Dos Tipos de Cartones :

No todos los cartones de píldoras anticonceptivas son iguales, Hay dos clases:

1. Los cartones de 28 píldoras

2. Los cartones de 21 píldoras

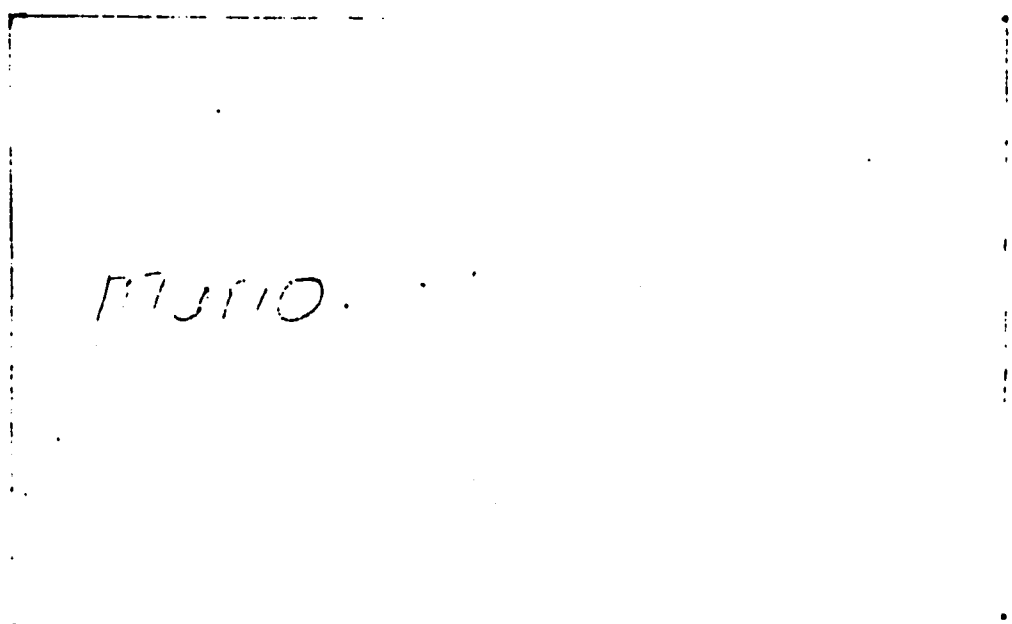
1. Los cartones de 28 píldoras :

Traen dos grupos de diferente color : se deben comenzar a tomar por el grupo más numeroso, es decir elque trae 21 pastillas y dejar el grupo pequeño de y pastillas para el final. Cuando todas las pastillas de un carton se ha terminado se debe comenzar inmediatamente, al dia siguiente, un cartón nuevo, empezando por donde inició el cartón anterior. Una mujer que quiera evitar el embarazo debe tomar una píldora diaria sin falta, cartón tras cartón, por el tiempo que quiera evitar el embarazo. Ejemplo : Si se termina el cartón el día miércoles, el día jueves de esa misma semana, es decir al día siguiente, debe comenzar a tomar un nuevo cartón.

2. Los cartones de 21 píldoras :

Estas vienen todas de un mismo color (21). Comience a tomárselas por cualquier píldora, al quinto día de la menstruación y continúe tomando una todos los días sin falta hasta que se terminen. Cuando se acaben espere una semana sin tomar ninguna píldora y al final de ella, comience un nuevo cartón.

Ejemplo : Si se termina un cartón el día miércoles, el próximo debe comenzarlo el día miércoles de la semana siguiente.



Durante la semana de descanso debe venirle la regla o menstruación y debe comenzar a tomar un cartón nuevo ocho días después aunque todavía tenga la regla. Eso no importa. Así planifique con cartones de 21 o 28 pastillas, para no quedar embarazada, debe tomarse las píldoras como es debido : una diaria. Si un día se le olvida tomar la píldora, tómese

la olvidada el día siguiente tan pronto se de cuenta y por la noche tome la otra que le corresponde ese día. No importa que ese día se tome dos.

Si se le olvida tomarse las píldoras por más de un día, apenas se acuerde siga tomándoselas. PERO: no tenga relaciones íntimas hasta que se termine el cartón, o use anticonceptivos (condón, óvulos, tabletas vaginales) mientras le viene la menstruación.

Un olvido de dos o más días SI puede causar un embarazo.

Imagen No 6

¿ QUE SUCEDE SI AL TERMINAR UN CARTON DE PILDORAS NO LE VIENE LA MENSTRUACION ?

Puede ocurrir que la menstruación no le llegue al terminar un cartón de píldoras. No crea que está embarazada, si usted se las ha tomado sin olvidarse ninguna no se preocupe. Al terminar ese cartón si es de 28 comience el otro

al día siguiente. Si es de 21 espere una semana y comience otro cartón.

¿CUANDO COMIENZA A SERVIR LA PILDORA ?

La píldora comienza a servir desde el mismo día en que comienza a tomárselas y dura mientras usted se las esté tomando, todos los días. Protege a la mujer de un embarazo todo el tiempo en que se las tome como se le ha indicado.

¿ CUANDO DEBE COMENZAR A TOMAR PILDORAS DESPUES DE UN ABORTO?

Comience a tomarlas inmediatamente, al día siguiente .

¿CUANDO DEBE COMENZAR A TOMAR PILDORAS DESPUES DE TENER UN NIÑO ?

Si usted le está dando pecho a su hijo, es mejor que utilice otro método anticonceptivo (condón, óvulo o tabletas vaginales) durante el tiempo que se le esté dando. Una vez le haya dejado de dar el seno a su hijo, comience a tomar la píldora en la primera menstruación o regla como se le indicó antes.

Si usted no le va a dar seno a su hijo porque no puede, el mejor momento para tomar la píldora después del parto es a los 30 días o sea, cuando el niño cumple un mes.

¿ ES VERDAD QUE LA PILDORA HACE DAÑO A LA MADRE QUE DA PECHO A SU HIJO ?

No, la píldora no hace daño, pero sí disminuye la leche,especialmente en los tres primeros meses. Por esto le aconsejamos que si usted desea darle seno a su hijo,utilice mientras tanto, otro método para protegerse de otro embarazo tan seguido.

¿CUALES SON LOS EFECTOS PARA EL NIÑO ?

Cuando el niño es de sexo masculino le podría llegar a través de la leche una pequeña concentración de hormonas femeninas que podrían tener efecto feminizante. Estas son probabilidades no comprobadas en ningun caso.

¿PUEDE UNA SEÑORA TOMAR LA PILDORA SI ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO ?

Sí puede. La píldora anticonceptiva no afecta al tomar otras drogas. A veces las píldoras las recetan los médicos para regular las menstruaciones cuando estas son muy largas o muy abundantes.

¿SI HAY UN SANGRADO O MANCHADO ENTRE DOS MENSTRUACIONES, PUEDE LA MUJER SEGUIR TOMANDO LA PILDORA ?

Sí, la píldora no afecta para nada.

Imagen No 7

¿QUIENES NO DEBEN TOMAR LA PILDORA ?

Casi todas las mujeres pueden tomar las píldoras sin peligro.

Sin duda es más seguro tomarlas, que quedar embarazada.

Pero hay algunas mujeres que no deben tomar píldoras anticonceptivas. Estas son mujeres que tienen o han tenido los siguientes problemas:

- CANCER : Si ha tenido o si sospecha que tiene cáncer del seno o de la matriz, no use píldoras anticonceptivas.

Las píldoras anticonceptivas no causan cáncer.

- HEPATITIS - CIRROSES u otro mal de hígado que también se conoce como buenamoza o ictericia. Estos se cubren por un color amarillo en la piel o en los ojos.

Cuando se ha tenido este mal, es mejor no tomar las píldoras anticonceptivas durante un año despúes que ha terminado la enfermedad.

- ENFERMEDADES DE LA CIRCULACION SANGUINEA : Tromboflebitis
  Se debe dejar de tomar las píldoras cuando hay un dolor hondo o continuo en una pierna, porque este puede indicar un cuajarón en una vena inflamada.
- DERRAME CEREBRAL llamado por los médicos Embolia .Cuando ocurre se siente intenso dolor de cabeza, la persona queda inconciente,no puede mover todo o parte del cuerpo.Esto sucede cuando hay un coagulo de sangre o se rompe una vena en el cerebro.
- AZUCAR EN LA SANGRE llamado por los médicos Diabetes
- ENFERMEDADES DEL CORAZON
- ATAQUES EPILECTICOS
- Dolores de cabeza intensos o jaquecas.
- Una infección urinaria,cuando también se hinchan los pies.
- Las mujeres mayores de 35 años o que fumen tampoco deben usar píldoras
- como método anticonceptivo. Deberán escoger otro método para no tener hijos.
- Mujeres embarazadas tampoco deben tomar la píldora. Se ha comprobado que la tensión alta, las enfermedades hepáticas y renales, los problemas

cardiacos y epilépticos son más graves con un embarazo que tomando las píldoras.

Algunas creencias equivocadas sobre la píldora

ES VERDAD QUE LA PILDORA DA CANCER

¡ No !

¿ES VERDAD QUE AL DEJAR DE TOMARSE LAS PILDORAS ES DIFICIL QUEDAR EMBARAZADA DE NUEVO ?

No es difícil, pero a veces pasan dos o varios meses antes de quedar embarazada de nuevo.

¿SI UNA MUJER HA USADO PILDORAS, ES MAS PROBABLE QUE TENGA GEMELOS, O UN NIÑO DEFORME ?

¡ No es cierto ! Siempre ha habido madres que han tenido hijos deformes. La píldora no tiene nada que ver con esto.

¿ES CIERTO QUE LAS PILDORAS ENGORDAN ?

Es posible. Algunas mujeres engordan un poco cuando empiezan a tomar la píldora. Pero no siempre sucede.

De todos modos, lo que se engorda es muy poco y no es dañino.

¿ES CIERTO QUE LAS MUJERES QUE TOMAN PILDORAS CUANDO NACE EL NIÑO ESTE SALE CON LA PILDORA EN LA MANO ?

No es cierto, porque la píldora va al estómago, no al útero o matriz. En el estómago se deshace con los líquidos que ayudan a la digestión, y pasa a la sangre, como todos los demás alimentos.

¿ES CIERTO QUE A LAS MUJERES QUE TOMAN PILDORAS ESTAS SE LE AMONTONAN EN EL UTERO Y SE VUELVEN PELOTICAS ?

No es cierto, puesto que la píldora no va al útero o matriz, sino al estómago y allí se deshace, es imposible que se amontonen en el estómago.

¿ES CIERTO QUE LAS PILDORAS DAN TUMORES ?

No es cierto

¿USAR LA PILDORA ESTERILIZA LA MUJER ? es decir LE IMPIDE TENER HIJOS PARA SIEMPRE ?

No es cierto

¿ES CIERTO QUE LA PILDORA MANCHA LA PIEL ?

A algunas mujeres puede mancharles la piel. Si a usted le preocupa esto, cambie de método.

ES CIERTO QUE LA PILDORA ENFERMA A LA MUJER

A la mayoría de las mujeres la pildora no le hace ningún daño.

A algunas mujeres les produce ligeros malestares que les pasa en breve tiempo. Por ejemplo náuseas y dolores de cabeza. También en días que no corresponde se puede presentar un pequeño sangrado como si comenzara la menstruación o regla. Todo esto es normal cuando sucede dentro de los tres primeros meses de tomarse la píldora, pero si dura más tiempo, es conveniente enviar la señora al Centro más cercano de PROFAMILIA.

¿TIENE ALGUNA DUDA QUE NO LE HAYA ACLARADO EL CAPITULO ANTERIOR ?

Escríbala aquí :

Imagen Nº 10a
10b

2. Los Dispositivos Intrauterinos :

Los dispositivos intrauterinos son pequeños objetos plásticos de diferentes formas y tamaños que se ponen dentro del útero o matriz de la mujer. Mientras el dispositivo esté dentro del útero, la mujer no quedará embarazada.

Se ha comprobado que solo 4 mujeres de cada 100 quedan embarazadas con el dispositivo intrauterino.

¿COMO SE UTILIZA EL DISPOSITIVO ?

En cualquier día del mes, debe ir al centro de PROFAMILIA o al centro de salud a que el médico, o la enfermera se lo pongan. Aunque se prefiere aplicarlo con la menstruación ya que el cuello de la matriz está dilatado en esos

días, lo que facilita la aplicación. Además se evita toda posibilidad de un embarazo inicial. Cuando se aplique un dispositivo fuera de la menstruación debe avisarse a la mujer que existe la posibilidad de un embarazo inicial y en consecuencia un riesgo remoto de producir un aborto.

Imagen No 11

¿DESPUES DE UN PARTO O UN ABORTO CUANDO SE PUEDE APLICAR EL DISPOSITIVO ?

Si no ha habido infección se puede colocar el dispositivo inmediatamente, es decir al día siguiente del parto o del aborto.

- O si lo prefiere a los 35 días depués del parto o del aborto.

¿ EL DISPOSITIVO PRODUCE ALGUNA MOLESTIA ?

A la mayoría de las mujeres no les hace ningún daño. Pero algunas veces

puede producir un malestar pequeño como dolor, que pasa pronto. También puede aumentar el sangrado mensual por 2 o 3 meses, o producir sangrado intermenstrual.

Muy pocas mujeres arrojan el dispositivo, es decir lo botan del útero o matriz si esto sucede vaya a que se lo coloquen de nuevo o utiliza otro método anticonceptivo.

Ventajas del Dispositivo :

Los dispositivos intrauterinos no son muy costosos, no afectan para nada las relaciones íntimas y puedan dejarse dentro del útero o matriz por varios años,sin peligro. Si usted lo utiliza, le aconsejamos que vaya a control médico una vez al año.

¿QUIEN COLOCA EL DISPOSITIVO ?

El dispositivo lo coloca un médico o una enfermera entrenada para hacerlo, en el centro de PROFAMILIA, en un Hospital o en un Centro de Salud.

¿TIENE ALGUNA DUDA QUE NO LE HAYA ACLARADO EL CAPITULO ANTERIOR ?

Escríbala aquí :

Imagen No 8

3. Condón o Preservativo :

El condón o Preservativo es un anticonceptivo usado por el hombre. También se le llama "Forro" o"profiláctico". Es una bolsa elástica,que el hombre se coloca en el pene o miembro antes de tener las relaciones íntimas.

¿COMO SE UTILIZA ?

El condón se envuelve en el pene o miembro cuando está rígido, antes de la relación sexual. Al ponerlo debe dejar libre una pequeña parte en la punta para recoger el semen o líquido.

Cuando el condón recoge el semen,evita que los espermatozoides o semilla del hombre se depositen en la vagina de la mujer y penetren en el útero dejándo-

la embarazada.

Se debe colocar el condón cuando el pene está erecto o se endurece y siempre antes de cualquier contacto íntimo, para evitar así el riesgo de un embarazo.

¿TIENE ALGUNA DUDA QUE NO LE HAYA ACLARADO EL CAPITULO ANTERIOR ?

Escríbala aquí :

Imagen No 9

4. Metodos de uso Vaginal :

Estos anticonceptivos los utiliza la mujer. Debe colocarse uno o dos en la vagina, o sea por donde se tienen las relaciones sexuales lo más profundo que pueda, 15 minutos antes de la relación sexual o íntima.

Si usted tiene otra relación sexual, es decir si repite la relación ese mismo día, debe ponerse un nuevo óvulo o tableta.

Este método es bueno, pero no es tan seguro como la píldora o el condón. Por esto le recomendamos que lo utilice combinado, es decir al tiempo el hombre el condón y la mujer el óvulo. Para mayor seguridad.

DONDE SE DEBEN GUARDAR LOS OVULOS Y LAS TABLETAS VAGINALES ?

En un lugar seco y fresco que no esté al alcance de los niños.

La Espuma : Viene en un tarrito o un tubo. Se utiliza lo mismo que los óvulos o tabletas vaginales, metiendo hondo en la vagina o sea por donde se tiene la relación íntima con un aparatico especial que traen. Es necesario meter la espuma con media hora de anticipación a tener una relacion sexual coito y dejarla adentro 6 horas más.

Cada vez que se tenga contacto durante el mismo día o noche, se debe poner nuevamente la espuma. Es un método no muy seguro .

Además de los cuatro métodos anticonceptivos, vistos anteriormente : Píldora, dispositivo intrauterino, condón, tabletas y óvulos, existen otros métodos temporales, como los que vamos a ver a continuación.

Estos métodos son muy difíciles de utilizar o muy inseguros, y por esta razón PROFAMILIA no los distribuye ni los aconseja. Pero de todas maneras es conveniente que usted los conozca y por eso los incluímos dentro de este Manual.

El Diafragma : Es un tamborcito o tapón de caucho que la mujer se debe poner en la vagina, antes de tener un coito, (relacion sexual).

Para que sirva debe dejarlo 6 horas adentro después de tener relaciones íntimas, igual que la espuma.

Este método es bastante seguro si se usa además al tiempo con la espuma. Pero es difícil de conseguir y un médico o enfermera especializada debe ayudarle a escoger el tamaño que le sirva y adaptárselo.

La Inyección : Estas son de gran eficiencia ya sea que se apliquen cada mes o cada tres meses. Sin embargo presentan algunos problemas :

a. Irregularidades en la menstruación que a veces la suprimen totalmente; por lo que es conveniente usarlas como métodos definitivos.

b. Algunas asociaciones de usuarios en los Estados Unidos las han prohibido , por esto resulta difícil promover su uso en Colombia a sabiendas que tienen sustancias tóxicas que hacen daño a la mujer.

El Ritmo : Este método consiste en tener en cuenta los días en los cuales la mujer tiene su menstruación o regla. Se cuenta como día uno, al primero de la regla. Solamente se pueden tener relaciones íntimas los 8 primeros días de cada periodo de la mujer y los últimos 5 días porque los de en medio son fértiles y con toda seguridad la mujer quedará embarazada si tiene coitos.

Este método es muy inseguro porque la mujer debe tener periodos entre regla y regla muy regulares es decir que le venga la regla con exactitud cada 28 ó 32 días, para poder contar cuáles son los últimos cinco días.

También se necesita que la mujer tenga buena memoria o que apunte o escriba los días de su menstruación.

METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LOS PADRES QUE NUNCA QUIEREN TENER MAS HIJOS

A estos métodos para siempre, se les llama Métodos definitivos y puede hacerse tanto a los hombres como a las mujeres.

Estos métodos evitan para siempre que la pareja tenga más hijos, por ello se recomienda para las parejas que consideran que su familia está completa.

La decisión para utilizar este método debe ser voluntaria sin presión de nadie sobre la pareja.

Este método consiste en una operación sencilla que se hace al hombre o a la mujer en el Hospital, o centro clínico de PROFAMILIA.

Imagen Nº 13a
13b

1. Vasectomía :

La Vasectomía consiste en ligar o amarrar un pedacito de los canales

por donde pasan los espermatozoides del hombre.

Los espermatozoides son la semilla del hombre, es decir los que al juntarse con el óvulo o semilla de la mujer produce un embarazo. Por ello al impedir que pasen de donde se producen, no dejarán embarazada a la mujer.

La Vasectomía NO es lo mismo que castración, porque no se quitan ni se tocan los testículos. Además no cambia ni afecta para nada el deseo sexual del hombre ni su capacidad para tener coitos. Es decir el pene o miembro se pone recto o rígido, pero con la diferencia que no dejará embarazada a su mujer después de tener coito.

¿COMO SE HACE LA VASECTOMIA ?

La vasectomía es una operación muy sencilla, que dura 20 minutos, se hace con anestesia local, es decir sin dormir al hombre y no necesita ser hospitalizado Se puede hacer en el consultorio del médico o en el centro de salud.

¿ QUIEN SE PUEDE HACER LA VASECTOMIA ?

Los hombres mayores de 30 años, que tengan tres o más hijos de ambos sexos y que deseen voluntariamente no tener hijos nunca más.

¿CUANDO SE PUEDEN TENER RELACIONES INTIMAS DESPUES DE LA OPERACION ?

Ocho días después.

¿TIENE ALGUNA DUDA QUE NO LE HAYA ACLARADO EL CAPITULO ANTERIOR ?

Escríbala aquí :

Imagen No 12 a.

2. Ligadura de Trompas :

La ligadura de Trompas consiste en cortar y ligar o amarrar las trompas o tubos que son los canales que transportan el óvulo de la mujer.

3. Puede quedar embarazada la mujer que se hace ligadura de trompas?

Al ligarse o amarrarse las trompas el óvulo no puede pasar o encontrarse con el espermatozoide en el útero y la mujer no puede quedar embarazada. Al óvulo lo absorbe el organismo y no hace daño.

La ligadura de trompas no suspende o afecta la menstruación, la mujer seguirá menstruando o teniendo la regla cada mes, igual que antes.

Tampoco disminuye ni cambia el deseo sexual de la mujer. Por lo contrario, al sentirse tranquila de que no quedará embarazada, la mujer disfrutará más de sus coitos (relaciones sexuales).

¿ COMO SE HACE LA LIGADURA DE TROMPAS ?

La ligadura de Trompas es una operación sencilla que se hace a la mujer sin dormirla. No es siempre necesaria la hospitalización, solo se recomienda unas 6 horas de descanso después de la operación. A veces la mujer debe quedarse un día en el hospital.

Imagen No 126

Se le hace a la mujer una cortadita debajo del ombligo, de las cuales solo queda una pequeña cicatriz.

¿QUIEN SE PUEDE HACER LA LIGADURA DE TROMPAS ?

Las mujeres mayores de 25 años que tenga 3 o más hijos de ambos sexos y que deseen voluntariamente no tener hijos nunca más.

Si alguie. solicita Ligadura de Trompas se debe enviar la mujer al Centro de Planificación Familiar, o al hospital mas cercano donde prestan este servicio

¿CUANDO SE PUEDEN TENER RELACIONES INTIMAS DESPUES DE LA OPERACION ?

Ocho días después.

¿TIENE ALGUNA DUDA QUE NO LE HAYA ACLARADO EL CAPITULO ANTERIOR ?

Escríbala aquí :

CONCLUSIONES

1. El cuadro siguiente le muestra una comparación entre los distintos métodos anticonceptivos de los cuales hemos hablado en este manual. Obsérvelo con cuidado cuando vaya a orientar una pareja.

Imagen No 14

Como uested puede observarlo, (ligadura de Trompas) en la mujer como la (Vasectomía) en el hombre son los únicos métodos casi totalmente seguros. Es decir que casi nunca podrá permitir un embarazo.

Todos los demás tienen un poquito de ~~riesgo~~ inseguridad. Unos más que otros.

De entre los otros, el uso de las píldoras es el más seguro. Solamente dos de cada 100 mujeres quedará embarazada si se toma debidamente.

Después de las píldoras el método más seguro es el dispositivo intraute-

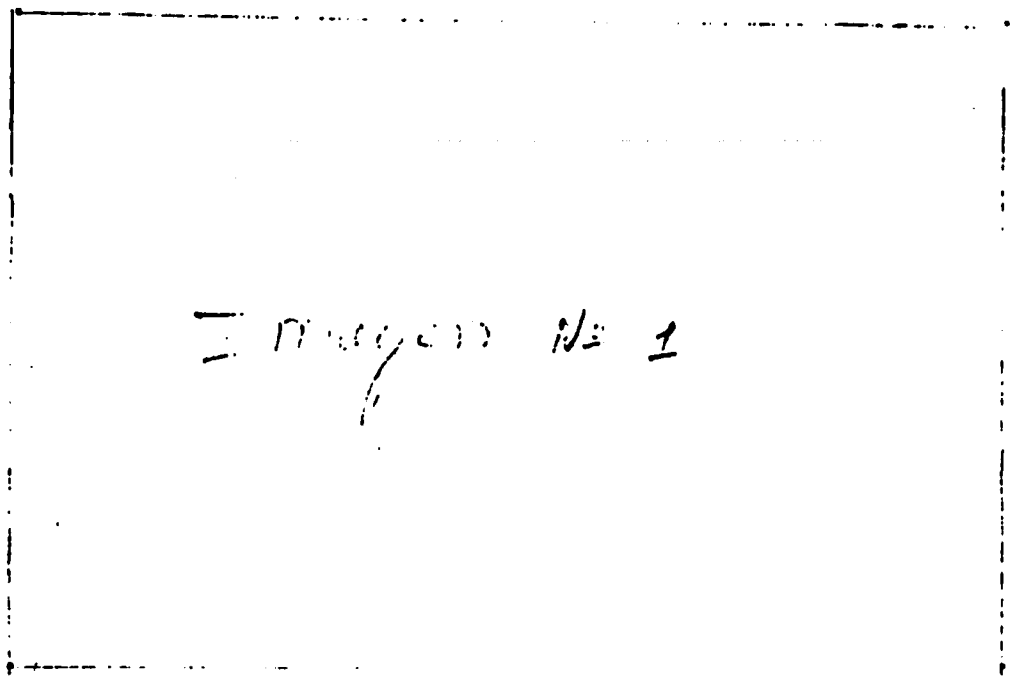
rino. Solo 4 de cada 100 mujeres quedará embarazada utilizándolos.

Con el condón 15 de cada 100 mujeres resultará embarazada.

Los óvulos y tabletas vzginales son los que ofrecen emenor seguridad,pero sin embargo son mucho más seguros que no hacer nada. 15 de 100 mujeres quedan embarazadas usando los óvulos o las tabletas vaginales.

Cuando se usa combinado con el condón, dan mucha más segurida, 3 de cada 100 mujeres resultarán embarazadas.

Lo importante es que la pareja escoja el que más le convenga.



2. Casos en que la mujer debe ir a pedir los servicios al Centro de PROFAMILIA :

2.1 Para la aplicación de dispositivos (Anillo) cualquier día del mes.

2.2 Cuando la mujer desee aplicarse el dispositivo debe ser remitida al Centro de PROFAMILIA ocho días después del aborto. En caso de parto antes de cumplir la dieta, o durante la menstruación.

2.3 Cuando sangra anormalmente

2.4 Cuando depués de tres meses de estar tomando píldoras no aparezca la menstruación, o tenga molestias graves.

2.5 Cuando la mujer tiene dispositivo y está presentando molestias

2.6 Cuando deseen (Ligadura de Trompas o Vasectomía)

2.7 Cuando estén interesadas en algún método diferente porque el que están usando está presentando problemas de salud.

Nota : En estos casos utilice la tarjeta de remisión con su firma.

INFORME FINAL

Informe de Actividades

y Recomendaciones

El presente informe pretende describir las actividades realizadas durante la Asesoría desarrollada por FEPFC/CEDEN a PROFAMILIA referente al 1. Diseño de un Material Educativo (Manual y Laminario) para uso de los equipos del Cesar y del Cauca (Programa Experimental) en su labor con las comunidades respectivas ; 2. Diseño y ejecución de la prueba de dicho material educativo ; 3. Diseño y ejecución del entrenamiento a miembros del Team, el/la supervisor/a de campo y de las distribuidoras, en el manejo del material educativo ; 4. Diseño del seguimiento o supervisión del uso que se le dé al material educativo y 5. Ajuste de los materiales y de la estrategia educativa como resultado de la prueba con la comunidad.

El trabajo de asesoría se inció con reuniones sostenidas entre las Asesoras y la Doctora Marcia Towsand, Representante del Population Council, en las cuales ésta última explicó las labores que el Team ha desarrollado, los resultados de la encuesta de línea de base y los materiales educativos que PROFAMILIA ha distribuido a sus agentes educativos; igualmente se discutieron

los contenidos que se deseaba incluir en los materiales educativos. Con esta información se seleccionaron y diseñaron los mensajes que se consideraron importantes para ser incluídos en los materiales educativos ; luego se comenzó el diseño de la estrategia educativa en la cual estos materiales se irian a utilizar.

Las Asesoras realizaron en compañía de Marcia Towsand y de Gloria Avila una visita a dos distribuidoras del área de Silvania , Cundinamarca. El propósito de esta visita fué la que las Asesoras pudieran conversar con las distribuidoras y conocer cómo funciona en la práctica un Puesto de Distribuidoras.

Posteriormente se realizó una reunión con la Señora Lily de Bucheli, Directora División I.E.C., el Doctor Ojeda, Jefe de Evaluación, el Doctor Fernando Gómez, Director del Population Council y la Doctora Marcia Towsand, Representante del Population Council, en la cual se discutieron y explicaron los alcances y el contenido de la asesoría que FEPEC/CEDÉN realizaría a PROFAMILIA. Durante esta reunión se discutió

la posibilidad de que PROFAMILIA utilizará los materiales educativos, que inicialmente se habían pensado fueran de uso del Programa Experimental del Cesar y del Cauca, para todos los Agentes Educativos a nivel nacional. FEPEC/CEDEN presentó ante los asistentes para su discusión, la versión preliminar del contenido de las láminas del laminario.

En un principio se había pensado diseñar un manual sencillo con cortas instrucciones de tipo de manejo de técnicas educativas para utilizar el laminario y sin contenido sobre Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos, usos, problemas, etc. Sin embargo, se vió la necesidad de incluir el contenido ya que el Manual que tenía PROFAMILIA estaba desactualizado y carecía de información amplia, sistemática y organizada sobre los contenidos que iban a dar la base al entrenamiento del Team para uso del laminario. Es decir, sobre métodos anticonceptivos, su uso, contraindicaciones y efectos secundarios. De esta manera se diseñó un manual que contuviera la totalidad de los contenidos, materia educativa de las charlas del Team. Este manual ajusta sus contenidos a la estructura del

laminario y así forman dos materiales educativos complementarios que se espera facilitará la labor del Team.

Se le entregó a la dibujante un memorando (ver Anexo A) con las descripciones de las imágenes que debía representar. Una vez la dibujante hizo los bocetos de las láminas, estas se presentaron para discusión en una reunión en la cual participaron la Doctora Lily de Bucheli, Luisa de Murillo, Gloria Avila, Doctora Marcia Towsand y las Asesoras Patricia Avila de Hails y Amparo Cadavid. Se le hicieron a la dibujente algunas recomendaciones de cambio en algunas láminas (ver Anexo B). Durante esta reunión también se discutió en qué consistiría la prueba de los materiales y las necesidades de recursos humanos y financieros para su realización.

Se procedió luego a diseñar en su forma final los elementos para la prueba de los materiales : Instrucciones para el entrenamiento, la prueba y el seguimiento ; cuestionarios para la prueba y el manual (ver Anexos C,D1, D2, E1, E2, F y G).

Para la prueba se eligieron dos comunidades que no habían

BEST AVAILABLE DOCUMENT

tenido contacto previo con PROFAMILIA pero que hacían parte de las comunidades asignadas al Programa Experimental.

Amparo Cadavid viajó al Cauca en compañía de Consuelo Vásquez, Coordinadora Regional del Programa Comunitario y trabajaron con el Supervisor de Campo Señor Donaldo Rivera y los integrantes del Team : señorita Delbi Espinosa y señor José Fidolo ; igualmente contó con la colaboración de la Doctora Renate Susman, Directora de PROFAMILIA en Popayán. El entrenamiento se realizó en la ciudad de Popayán y luego el personal se trasladó a la vereda La Cuchilla, Municipio La Sierra, para hacer la prueba de los materiales educativos.

Patricia Avila de Hails viajó en compañía de Luisa de Murillo, Coordinadora del Programa Comunitario, y trabajaron conjuntamente con la Supervisora de Campo Olga Palacios y los miembros del Team : Sr. José Jimeno y la Señorita Marina Hernández. El Doctor Luis Guillermo Zabaleta, Director de PROFAMILIA en Valledupar, prestó gran colaboración durante el trabajo realizado. El entrenamiento se realizó en Valledupar y luego las personas viajaron a realizar la prueba al Corregimiento de Chimila.

En ambos casos la realización de la prueba se logró con total éxito, gracias a la buena voluntad y preparación del personal de PROFAMILIA que participó en la prueba.

Finalmente, de regreso a Bogotá, se procedió a realizar la última etapa de la Asesoría : el reajuste de los materiales educativos y de la estrategia educativa. Se convocó a una reunión a la dibujante a quien se le entregaron los cambios ha realizar en cada una de las láminas, de acuerdo a los resultados arrojados en la prueba (ver Anexo H). De la misma manera se hicieron los cambios en el manual como consecuencia de la prueba. Para esto, en un memorando enviado a Luisa de Murillo y Consuelo Vásquez (ver Anexo I) se describieron detalladamente algunas dudas de contenido que PROFAMILIA deberá contestar para ser incluídas en la versión final del manual.

Las actividades que se realizarán posterior a la redacción de este informe final son :

1. Incorporación en el manual de las respuestas enviadas por PROFAMILIA a las dudas que sobre contenido se presentaron durante la prueba.

2. Reunión con PROFAMILIA para discutir :

   a. Los bocetos finales de las láminas incluídas las correcciones como resultado de la prueba.

   b. Versión final del manual.

   c. Presentación de este informe final.

A continuación presentamos algunas recomendaciones que consideramos son el fruto de la experiencia durante la asesoría prestada.

I. Recomendaciones Generales

   A. Para las reuniones con la comunidad se debe en lo posible hacer cada charla a grupos no mayor de 40 personas puesto que es difícil la participación de los asistentes en grupos mayores. Igualmente el tamaño del laminario no se presta para grupos mayores de 40 personas. Los contenidos son de carácter educativo y requieren de una comunicación bilateral que se realiza mejor si hay un grupo pequeño.

   B. Durante la prueba se observó una necesidad de actualización de contenidos oficiales de PROFAMILIA. Se propone

para llenar este vacío, que PROFAMILIA a nivel central, elabore bimensualmente una circular en la cual informe sobre las actualizaciones tanto de los métodos anticonceptivos, como de sus políticas de transmisión de estos contenidos a la comunidad.

Para saber cuáles son las dudas que tienen el Team y los Supervisores se deben utilizar las respuestas a los cuestionarios de seguimiento, al igual que la información anotada en las páginas en blanco que se incluyen en el manual para tal fin. La otra fuente de información sobre estas dudas son las visitas que hace el nivel central al campo.

C. Puesto que las actividades de trabajo que realiza el Team hacen parte de un programa experimental, se sugiere que se motive y explique claramente al Team , al Superivisor de Campo y al Nivel Centrla, la importancia de que exista una flexibilidad de trabajo del Team y que ésta flexibilidad se refleje realmente en la porgramación de actividades. Unicamente así se podrá realizar con éxito el aspecto "experimental" del programa.

II. Recomendaciones sobre el Entrenamiento

El entrenamiento debe ser de un mínimo de tres días y medio.

Proponemos el siguiente cronograma de trabajo :

1. Conocimiento del manual y laminario. Lectural del manual en su totalidad en la cual se responderán dudas de contenido. Tiempo : Medio día.

2. Preparación de una charla utilizando los materiales educativos :

   a. Experiencias que han tenido los miembros del Team. Cómo acostumbran a dictar una charla.

   b. Manejo de técnicas de enseñanza o comunicación.

   c. Dar retroalimentación de la práctica.

   Tiempo : Medio día.

3. Dos prácticas con comunidad :

   a. El Team dictará dos charlas con asistencia de la comunidad, utilizando el laminario y los contenidos del manual y las técnicas de comunicación explicadas.

   b. Dar retroalimentación de las charlas.

   Tiempo : Un día.

4. Explicar entrenamiento que el Team hará a las distribuidoras :

   a. Instrucciones al Team sobre cómo presentar los materiales educativos a las distribuidoras.

      a1. Lectura del manual junto con las láminas del laminario.

      b1. Hacer preguntas de contenido para verificar su comprensión. Para este fin se le pueden presentar a la Distribuidora casos reales de lo que una usuaria podría preguntar y pedirle a la Distribuidora que conteste como lo haría con una usuaria.

      c1. Establecer conjuntamente próxima cita para responder dudas que tenga la distribuidora. Tiempo : Medio día.

5. Explicación del seguimiento de todo el proceso (actividades del Team y la distribuidora). Consiste en la explicación que se de al Team sobre cómo se hace el seguimiento. Las actividades del Team son :

   a. Llenar el Cuestionario para el Seguimiento para ser llenado por el Team, sobre las actividades y problemas encontrados por parte de los miembros

b. Contestar cuestionario de "visita a la distribuidora", en la visita posterior que el Team le hace a la Distribuidora.

c. Reunirse con el supervisor de campo para comentar y discutir las respuestas a los cuestionarios anteriores.

El seguimiento se iniciará después que tanto, el Team como las Distribuidoras, hayan tenido un tiempo mínimo de un mes de práctica, dictando charlas en la comunidad, utilizando los materiales educativos.

Tiempo : Medio día.

III. Recomendaciones sobre los Materiales Educativos

A. Laminario

1. Se hace necesario diseñar un soporte cómodo para el laminario, de fácil transporte y que se acomode a las condiciones difíciles en las cuales se debe dictar la charla. Este sistema debe dar al Team libertad para el buen manejo del laminario, de la charla misma y además ofrecer una buena visión de las imágenes a los asistentes. Se ha pensado en

este soporte para uso del Team durante la charla con la comunidad. No para ser entregado a cada distribuidora.

2. La dimensión de cada lámina no debe ser menor a un tamaño de medio pliego.
3. Se sugiere que sea a 2 colores y en cartulina plastficada para un uso duradero.
4. Las carátulas del laminario deben ser resistentes a la húmedad, al sol y al trajín.
5. Se deben incluir muestras reales de los anticonceptivos en las láminas que les corresponde. Ejemplo: Lámina No. 5 donde se muestran los distintos tipos de cartones de píldoras anticonceptivas, pegarlos como en la lámina de la prueba y no pintarlos.
6. No olvidar colocar al reverso de cada lámina, las preguntas correspondientes en letra grande y clara.

B. Manual

1. Se debe hacer en un tamaño grande, mínimo tamaño carta standard.

2. La letra debe ser grande mínimo punto 15. Mezclar mayúsculas y minúsculas de acuerdo al texto. En ningún momento se deberá escribir todo el texto en mayúscula o todo el texto en minúscula.
3. Las láminas que se indican en cada página del manual corresponden a las del laminario. Estas deben reducirse a tamaño proporcional del laminario para el manual de 15 X 9 cms.

IV. Recomendaciones sobre el Seguimiento y Supervisión

Para lograr un buen éxito del trabajo del Team es fundamental realizar un seguimiento o supervisión de sus actividades con la máxima regularidad posible. La realización del seguimiento es importante ya que permite establecer un sistema de de comunicación permanente entre el/la supervisor/a y el Team y entre el Team y las Distribuidoras. Esta comunicación hace posible el reajuste y la solución de problemas que se van encontrando en la práctica del proceso educativo y de los materiales diseñados.

Se propóne comenzar el seguimiento después de un mes de haberse entregado los materiales educativos. La persona más

adecuada para ser la responsable de la realización del Seguimiento es el o la supervisora de Campo. En esta persona también recae la responsabilidad de intercambiar los resultados del seguimiento con el personal directivo a nivel nacional.

Ya que el Programa Experimental está diseñado para que el Team se desplace permanentemente a diferentes comunidades, volviendo a ellas solamente después de un largo período, sugerímos que se le dé un gran énfasis a :

1. Entrenar a fondo a las Distribuidoras para que estas se conviertan en eficientes multiplicadoras y no solo en distribuidoras de las píldoras, condones, etc.
2. Realizar un seguimiento periódico por parte del Team sobre las labores que ellas realicen y muy especialmente de cómo manejan el contenido para que así puedan responder acertadamente a las preguntas de los usuarios.

A P P E N D I X I I

COST DATA SERVICE STATISTIC SHEETS

BEST AVAILABLE DOCUMENT

PROJECT EXPENDITURES BY ITEM FOR THE CONTROL AND EXPERIMENTAL ZONES USED TO CALCULATE COST PER NEW ACCEPTOR AND COST PER CYP

February-September, 1981

US Dollars

ZONE	ITEM	EXPENDUTURES CESAR	EXPENDUTURES CAUCA
Control	**Salary**		
	2 Supervisors (1/3 time)	2,685*	2,685
	8 Promoters (full time)	8,080	8,080
	2 Secretaries (1/2 time)	964	964
	Sub-total	11,729	11,729
	Perdiem/Transportation		
	2 Supervisors (1/3 time)	1,657*	
	8 Promoters (full time)	5,061	3,194
	2 Secretaries (1/2 time)	692	3,803
	Sub-total	7,410	692
	Administration		7,689
	Office rent (1/2)	343	
	Supplies (1/2)	452	343
	Profamilia overhead (1/6)	2,530*	452
	Sub-total	3,325	2,530*
	TOTAL	22,464	3,325
Experimental	**Salary**		22,743
	2 Supervisors (1/3 time)	2,685*	
	2 Teams (2 persons full time)	4,770	2,685*
	2 Secretaries (1/4 time)	482	4,770
	Sub-total	7,937	482
	Perdiem/Transportation		7,937
	2 Supervisors (1/3 time)	1,657*	
	2 Teams (2 persons full time)	2,545	3,194
	Sub-total	4,202	2,105
	Administration		5,299
	Office rent (1/4)	172	
	Supplies (1/4)	226	172
	Overhead (1/6)	2,530	226
	Sub-total	2,928	2,530
	TOTAL	15,067	2,928
			16,164

expenditures for the salaries for the supervisors and
items and transportation as well as PROFAMILIA's
month period (October 1, 1980 - Septem

PROJECT EXPENDITURES FOR MAINTENANCE AREAS
FOR THE PERIOD OCTOBER 1, 1980 TO SEPTEMBER 30, 1981

US Dollars

I T E M	EXPENDITURE
Salary	
1 Supervisor (1/3 time)	2,685
2 Coordinators (Full time)	7,005
1 Secretary (1/4 time)	1,451
Sub-Total	11,141
Perdiem/Transportation	
1 Supervisor (1/3 time)	1,657
2 Coordinators (Full time)	3,252
Sub-Total	4,909
Administration	
Office rent (1/4)	515
Supplies (1/4)	679
Profamilia overhead (1/6)	2,530
Sub-Total	3,724
T O T A L	19,774

COST PER COUPLE YEAR PROTECTION FOR
CESAR, CAUCA, NARIÑO AND SANTANDER[1]

DEPARTMENT	NUMBER OF YEARS OF PROTECTION					
	STERILIZATION	ORALS	CONDOMS	VAGINALS	TOTAL	COST/CYP
Cesar						
Experimental	0	44	5	0	49	307.49
Control	588	258	8	1	855	26.27
Cauca						
Experimental	675	129	15	1	820	19.71
Control	3,050	181	9	0	3,240	7.02
Nariño	2,250	1,059	178	8	3,495	5.66
Santander	200	533	70	5	808	24.47

[1] For the calculations of couple years of protection:

13 cycles of orals = 1 year
100 units of condoms = 1 year
100 units of vaginals = 1 year
1 sterilization = 12.5 years.

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA MARIÑO Y PUTUMAYO MES JULIO AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS CIRUGIA H	CASOS NUEVOS CIRUGIA M	CASOS NUEVOS Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyectables		Reuniones	Visitas
1	1	Barbacoas	-	-	-	5	31	20	3	-	-		1	20
2	1	Ricaurte	-	-	-	7	43	8	1	-	-		-	17
3	1	Yacuanquer	-	-	-	2	15	34	-	-	-		-	26
4	1	Funes	-	-	-	3	20	-	-	-	-		-	15
5	1	Mosca	-	-	-	-	2	32	2	-	-		1	9
6	1	Guaitarilla	-	-	-	17	115	164	10	-	-		-	31
7	2	Pupiales	-	-	-	4	29	348	2	-	-		-	30
8	2	Puerres	-	-	-	6	47	29	1	-	-		1	25
9	2	Gualmatan	-	-	-	2	12	400	15	-	-		-	15
10	2	Samaniego	-	-	-	15	50	-	-	-	-		1	42
11	2	Tangua	-	-	-	16	120	48	11	-	-		2	50
12	3	Cumbal	-	-	-	11	155	236	16	-	-		-	10
13	4	Túquerres	-	-	-	6	42	162	1	-	-		1	36
13	23	TOTAL	-	-	-	94	681	1.481	62	-	-		7	326
		VIENEN												
		ACUMULADO				94	681	1.481	62	-	-		7	326

5.

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA MARIÑO Y PUTUMAYO

MES JULIO AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS CIRUGI		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyec		Reuniones	Visitas
				H	M									
14	5	Valle de Sibundoy(P)	-	-	-	10	84	430	11	-	-		2	36
15	7	Ipiales	-	-	-	24	208	259	25	-	-		1	21
36	35	TOTAL	-	-	-	34	292	689	36	-	-		3	57
		VIENEN				94	681	1.481	62	-	-		7	326
		ACUMULADO	-	-	-	128	973	2.170	98	-	-		10	383

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA NARIÑO Y PUTUMAYO MES AGOSTO AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyec		Reuniones	Visitas
				CIRUGÍ										
				H	M									
1	1	Buesaco	-	-	-	2	8	12	-	-	-		1	19
2	1	Consacá	-	-	-	10	69	144	-	-	-		-	7
3	2	San José	-	-	-	5	25	41	2	-	-		-	10
4	4	La Cruz	-	-	-	14	132	129	-	-	-		1	27
5	3	La Unión	-	-	-	12	206	251	19	-	-		1	40
6	2	San Pablo	-	-	-	14	120	253	1	-	-		1	50
7	4	Túquerres	-	-	-	9	79	77	22	-	-		-	9
8	2	Sandoná	-	-	-	17	153	135	7	-	-		1	30
9	2	La Florida	-	-	-	8	67	99	1	-	-		-	15
10	2	El Tablo	-	-	-	11	151	270	17	-	-		-	21
11	2	Ipiales	-	-	-	7	52	208	1	-	-		1	37
12	2	Ancuya	-	-	-	16	244	71	12	-	-		1	48
13	11	Ipiales	-	-	-	7	87	140	7	-	-		1	35
13	28	TOTAL	-	-	-	132	1.333	2.130	89	-	-		8	348
		VIENEN												
		ACUMULADO		-	-	132	1.333	2.130	89	-	-		8	348

N A R I Ñ O

E S T A D I S T I C A S D E S E R V I C I O S

1o. Octubre 1980 - 30 Junio 1981

No. de Puestos	A R E A	USUARIO NUEVOS		DISTRIBUCION ANTICONCEPTIVOS			E D U C A C I O N	
		CIRUGIA	OTROS METODOS	PILDORAS	CONDONES	OVULOS	REUNIONES	VISITAS
2	SAN PABLO	40	116	651	1.140	62	-	-
4	LA CRUZ	41	56	191	1.152	58	-	-
2	SAN JOSE DE ALBAN	11	22	85	204	20	3	40
7	IPIALES	-	259	1.154	1.320	80	3	223
1	CONSACA	-	95	320	348	10	[illegible]	65
1	LINARES	-	65	251	132	-	-	-
2	TANGUA	-	108	387	144	25	-	20
2	PUPIALES	-	50	195	672	5	-	-
2	TAMINANGO	-	73	235	156	11	-	-
1	FUNES	-	29	112	-	-	-	10
2	GUAIMATAN	-	27	88	384	25	-	-
2	LA FLORIDA	-	39	178	96	10	1	48
3	CUMBAL	-	42	132	300	6	-	-
1	YACUANQUER	-	40	89	60	1	1	79
2	SANDONA	-	135	539	540	31	2	50
1	GUAITARILLA	-	67	289	444	22	-	10
2	ANCUYA	-	169	656	348	22	-	-
3	LA UNION	-	131	773	744	24	-	-
4	TUQUERRES	-	187	824	2.124	52	-	42
2	SAMANIEGO	29	210	827	1.200	48	1	30
5	VALLE DE SIBUNDOY	13	129	356	1.872	71	2	256
1	RICAURTE	-	65	177	1[illegible]	7	2	131
2	PUERRES	-	56	199	516	18	-	80
1	BARBACOAS	-	36	64	108	2	2	33
1	MOCOA	46	10	24	192	9	1	57
1	BUESACO	-	4	4	-	-	-	-
57	T O T A L	180	2.220	8.800	14.304	619	17	1.174

S A N T A N D E R

E S T A D I S T I C A S D E S E R V I C I O S

1o Octubre 1980 - 30 Septiembre 1981

A R E A	USUARIOS NUEVOS		DISTRIBUCION ANTICONCEPTIVOS			EDUCACION		
	CIRUGIA	OTROS METODOS	PILDORA	CONDONES	OVULOS	REUNIONES	VISITAS	No de Puestos
GUADALUPE	-	5	151	236	14	-	22	2
VELEZ	-	3	248	64	19	-	36	3
OIBA	-	-	155	11	12	1	26	1
COROMORO	-	5	96	37	1	-	10	1
SUAITA	10	15	284	600	50	2	126	4
ONZAGA	-	-	20	10	1	-	17	1
ENCINO	-	-	29	17	1	-	18	1
CURITI	-	-	25	9	1	-	12	1
GUEPSA	-	6	44	5	5	-	12	1
CHIMA	-	6	135	8	4	1	25	1
PARAMO	-	-	25	27	1	-	10	1
SAN JOAQUIN	-	3	26	59	3	-	14	1
CONTRATACION	-	-	291	4	11	-	27	1
OCAMONTE	-	1	12	-	-	-	10	1
RIONEGRO	-	27	771	461	34	13	228	8
MOGOTES	6	13	185	276	15	3	167	3
SAN VICENTE DE CHIGUAI	-	32	847	249	18	2	82	8
CHIPATA	-	18	249	52	14	-	36	1
SIMACOTA	-	2	140	-	2	1	36	1
MALAGA	-	12	246	1224	73	-	31	1
SN GIL	-	24	833	1274	39	1	252	5
BARBOSA	-	42	657	218	9	-	109	3
CHARALA	-	19	115	269	19	1	292	4
SOCORRO	-	9	145	614	36	1	55	3
PUENTE NACIONAL	-	4	112	174	10	-	33	2
VALLE DE SAN JOSE	-	13	260	189	10	1	38	2
BARICHARA	-	11	14	523	24	-	14	1
SAN ANDRES	-	13	219	164	7	2	44	2
CERRITO	-	13	456	138	22	-	21	2
CAPITANEJO	-	-	7	-	-	-	-	
ARATOCA	-	10	79	16	1	1	72	3
JESUS MARIA	-	-	8	-	2	-	6	1
CONCEPCION	-	-	25	1	18	-	16	1
GUACA	-	-	19	69	10	-	19	1
T O T A L	16	306	6.928	6.998	486	30	1.916	72

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA ~~MENSUAL~~ TRIMESTRAL

ZONA PROGRAMA EXPERIMENTAL MES JUNIO AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	EL TAMBO			14	314	407	164	20				16	149
		TOTAL			14	314	407	164	20				16	149
		VIENEN												
		ACUMULADO												

10

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA [redacted] TRIMESTRAL

ZONA PROGRAMA EXPERIMENTAL DEL CAUCA

MES JULIO AGOSTO SEPTIEMBRE AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
	9	EL TAMBO			18	188	402	340	19					
	4	PURACE (COCONUCO)			13	78	78	15	3				10	98
	3	SOTARA (PAISPAMBA)			9	36	36	6	1				18	69
	2	ROSAS				2	2	4	1				12	33
4	18	TOTAL			40	304	518	365	24				40	200
		VIENEN			14	314	407	164	20				16	149
		ACUMULADO			54	618	925	529	44				56	349

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CAUCA MES MARZO AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				CIRUGIA										
				H	M									
1	9	EL BORDO (C)	195		14	66	133							
2	5	BOLIVAR	123											
3	1	MERCADERES	39											
4	2	BALBOA				9	10		1					
4	17	TOTAL	357		14	75	143		1					
		VIENEN			33	101	509	132	5					
		ACUMULADO			47	176	652	132	6					

12

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CAUCA MES ABRIL AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	EL BORDO (C)	209		7	30	164		3					15
2	5	BOLIVAR	123		16	15	48	12	3					42
3	1	MERCADERES	39		14	13	98	48	5				3	76
4	2	BALBOA				16	28	36	4					84
4	17	TOTAL	371		37	74	338	96	15				3	217
		VIENEN			47	176	652	132	6					
		ACUMULADO			84	250	990	228	21				3	217

13

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CAUCA MES MAYO AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	EL BORDO (C).	209		8	24	110	–	–				5	70
2	8	BOLIVAR (C)	123			21	82	36	4				5	95
3	7	MERCADERES (C)	39			–	4	–	–				4	60
4	4	BALBOA (C).				7	20	–	–				7	50
4	28	TOTAL	371		8	52	216	36	4				21	275
		VIENEN			47	176	652	132	6				–	–
		ACUMULADO			55	228	868	168	10				21	275

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CAUCA TRADICIONAL MES Junio AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	El Bordo			9		-	-	-				-	-
2	8	BOLIVAR			8	30	58	-	2				3	98
3	7	MERCADERES			-	18	110	120	11				4	95
4	4	BALBOA				-	-	-	-				-	-
4	28	TOTAL			17	48	168	120	13				7	193
		VIENEN			92	302	1.206	264	25				24	492
		ACUMULADO			109	350	1.374	384	38				31	685

15

P R O F A M I L I A

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA ~~MENSUAL~~ TRIMESTRAL

ZONA PROGRAMA TRADICIONAL CAUCA

MES JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE AÑO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	A R E A	MOVIMIENTO DE USUARIOS				A N T I C O N C E P T I V O S						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
	10	EL BORDO			83	108	393	55	7					
	8	BOLIVAR N				90	254	88	1					
	7	MERCADERES			21	68	239	104	9					
	4	BALBOA			38	51	162	74	15					
	4	ALMAGUER			17	29	29	60					13	110
	2	ARGELIA				271	271	227					11	150
	2	SAN SEBASTIAN				68	68	72					26	190
	2	SANTA ROSA					-	-					15	179
8	39	T O T A L			159	625	1.416	680	32				65	629
		VIENEN			109	350	1.374	384	38				31	685
		ACUMULADO			268	1.035	2.790	1.064	70				96	1.314

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA Cesar MES Junio AÑO 81

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
	16	CHINICHIGUA					7	5	1				10	60
	4	Chiriguana												
	20	TOTAL					7	5	1				10	60
		VIENEN					16	37	3				17	398
		ACUMULADO					23	42	4				27	458

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CESAR NORTE

TRIMESTRE

MES JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	16	Chimichagua				471	471	343	15				2	
2	9	GChiriguana					74	50	1				19	
3	2	Gopey											2	
		NOTA:												
		En Julio aparecen en total 20 reuniones y 120 visitas. No están asigandas a ningun municipio.												
3	27	TOTAL				471	545	393	16				43	
		VIENEN												
		ACUMULADO												

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CESAR

MES FEBRERO AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Ovulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	TAMALAMEQUE	10			5	128	59	2				17	33
2	3	PAILITAS				10	70	16	2				6	47
3	3	LA GLORIA					42	25						6
4	2	CURUMANI												
5	7	AGUACHICA				5	483	142					1	65
6	4	GAMARRA				10	448	68	11					40
7	2	RIO DE ORO				3	163		1				6	33
8	4	CHIRIGUANA												
9	3	SAN ALBERTO												10
10	1	GONZALEZ												
	38	TOTAL	10			33	1.334	310	16				30	234
		VIENEN				15	1.147	350	20				1	65
		ACUMULADO				48	2.481	660	36				31	299

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CESAR MES ABRIL AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos	Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
				H	M									
1	9	TAMALAMEQUE	10		5		218	75	8				4	64
2	3	PAILITAS					116	13	4				2	
3	4	LA GLORIA					165	28	9				2	37
4	2	CURUMANI					25		1				1	
5	7	AGUACHICA					586	87	13				1	35
6	4	GAMARRA					1.699	408	38					34
7	2	RIO DE ORO					180	14	5				6	15
8	3	SAN ALBERTO					67	15	5				5	15
9	4	CHIRIGUANA (E)												
10	1	GONZALEZ				7	7	24					5	10
11	8	CHIMICHAGUA (E)												80
	47	TOTAL	10		5	7	3.063	664	83				26	290
		VIENEN				48	2.481	660	36				31	299
		ACUMULADO			5	55	5.544	1.324	119				57	589

20

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

(what are units?)

ZONA CESAR MES MAYO AÑO 1981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos								
				H	M		Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
1	9	TAMALAMEQUE	15										4	29
2	3	PAILITAS					84	18	4				3	
3	4	LA GLORIA											10	19
4	2	CURUMANI					30						8	
5	7	AGUACHICA											2	35
6	4	GAMARRA											1	32
7	2	RIO DE ORO					65	18	3				4	32
8	3	SAN ALBERTO					75		1				1	
9	4	CHIRIGUANA E												
10	1	GONZALEZ												10
11	16	CHIMICHAGUA (Equipo) E					16	37	3				17	398
11	55	TOTAL	15				270	73	11				50	555
		VIENEN			5	55	5.544	1.324	119				57	589
		ACUMULADO			5	55	5.814	1.397	130				107	1.144

21

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA Cesar MES Junio AÑO 81

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Métodos								
				H	M		Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyección		Reuniones	Visitas
	9	Tamalamegue	15		6		265	67	5				12	32
	6	Pailitas			5		93	27	4				3	22
	8	La Gloria			5		162	22	8				13	30
	7	Curumani					56	56	2				9	23
	8	Aguachica					600	81	6					55
	4	Gamarra					709	60	10				1	12
	6	Rio de Oro					95	9	1				3	48
	4	San Alberto					98	21	1				1	5
	2	Gonzales					9	100	3				1	6
9	54	TOTAL	15		11		2.292	443	40				43	239
		VIENEN			5	55	5.798	1.360	127				90	146
		ACUMULADO			16	55	8.090	1.803	167				133	985

22

PROFAMILIA

PLANIFICACION FAMILIAR RURAL

ESTADISTICA MENSUAL

ZONA CESAR SUR

TRIMESTRE:
MES JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE ANO 1.981

No. Municipios	No. de Puestos	AREA	MOVIMIENTO DE USUARIOS				ANTICONCEPTIVOS						EDUCACION	
			Cirugías Acumuladas	CASOS NUEVOS										
				CIRUGIA		Otros Metodos								
				H	M		Píldora	Condón	Óvulos	DIU	Inyeccion		Reuniones	Visitas
1	10	Tamalameque			14		267	47	7				40	168
2	6	Pailitas					192	77	5				5	43
3	10	La Gloria			17		240	14	9				4	141
4	8	Curumani					102	30					5	94
5	12	Aguachica					513	80	2					25
6	4	Gamarra					419	60	9					20
7	8	Rio de Oro					214	7	1				2	56
8	5	San Alberto					122	6						8
9	2	González												
9	65	TOTAL			31		2.069	316	33				56	555
		VIENEN												
		ACUMULADO												

A P P E N D I X I I I

GRANT COORDINATOR'S FIELD TRIP REPORT

PROFAMILIA

INFORME VISITA DE SUPERVISION AL PROGRAMA COMUNITARIO DEL CESAR

FINANCIACION DE POPULATION COUNCIL

Fecha: Octubre 27 al 3 de Noviembre de 1.981.

Objetivos: Conocer el Programa Comunitario del Cesar y asesoría a la Supervisora de Zona.

Actividades:

- Observación de una charla de información.
- Visita a 10 puestos de Distribución a cargo de los Agentes Educativos, 3 puestos de distribución fundados por la Instructora Carmen Guevara, un puesto de distribución a cargo de Instructora Saturia Naranjo.
- Visualización y entrevistas en Corregimiento Los Corazones, Corregimiento San José de Oriente, Municipio de Robles La Paz.
- Reunión en Aguachica con Supervisora de Zona y 7 Instructores.
- Entrevista el Centro de Bucaramanga con el Médico Director y Administradora del Centro.
- Revisión de informes de Instructora Cleofelina Reyes (por muestreo), análisis y asesoría a Instructora sobre Planificación y programación de actividades.
- Análisis con la Supervisora de Zona sobre el trabajo realizado durante la correría, asesoría, conclusiones e informes al Doctor Fabio Duran Médico Director del Centro.

Observaciones:

- En la charla realizada en Guardería de Bienestar Familiar (Aguachica) se observó:
  a - Gran interés y participación de los 48 asistentes, para lo cual fue definitiva la capacidad de manejo del grupo, demostrada por la Instructora Saturia Naranjo.

  b - Duración 2 horas: origen de fatiga de los asistentes.

  c - Contenido: muy extenso, porque se habló de todos los anticonceptivos y del Programa de Desparasitación (Supervisora de Zona indicó a expositora que suspendiera).

BEST AVAILABLE DOCUMENT

d - Proyección de película lo cual agradó a la audiencia.

Se observaron algunos puntos susceptibles de corregir: Expresiones usadas por la Instructora como: "yo creo", "me parece a mí", "si estamos planificando con el DIU (muestra el Lippes) que solo es un cuerpo extraño podemos tenerlo hasta 10 años". Estas expresiones pueden ser muestra de inseguridad, ya que cuando se habla sobre el uso de un método debe darse las indicaciones precisas sin dar cabida a vaguedades.

- En los puestos de Distribución visitados y que están a cargo de los Agentes Educativos son:
  - El Copey: Almacen y venta de gas - Distribuidora Adelaida Daza.
  - Caracolicito: Tienda de la Sra. Maritza de Calderon frente al parque (no estaba).
  - Bosconia: Almacén Triunfo - Maria Dolore Gómez.
  - Potrerillo: Almacén en casa del Inspector de Policia - Saturnina de Hernández.
  - La Loma: Ebanistería en la calle central - Edis Silva de Gutiérrez.
  - Aurora: (Pequeño Caserío) Tienda de señor Luis Francisco León.
  - La Jagua de Ilbirico: casa de familia - maestra Ludis Rios quien ha interpretado a su modo las indicaciones sobre el uso de los anticonceptivos.
  - Las Palmitas: Casa de familia - Inés Moreno de Robledo.
  - Rincón Hondo: Tienda de una profesora (no estaba).
  - Chiriguaná: Almacén de la Sra. Elvia, quien estaba dentro de la casa y después de esperarla 20 minutos no atendió la visita, el equipo considera que por sus características personales es mejor cambiarla. (Puesto antiguo).

  Los 9 primeros Distribuidores están bien seleccionados, pero es necesario complementar su capacitación especialmente a: Ludis Rios, Luis Francisco León, Inés Moreno de Robledo, como también evaluar a Caracolicito, Rincon Hondo.

- Puestos fundados por Carmen Guevara:
  - Besote: Tienda de la Sra. Carmen Elena Garay - Necesita capacitación, bien seleccionada.
  - La Mata: Casa de familia - Isolina Durán - Debí cambiarla pues no tiene idea del asunto.

- Pelaya: Almacén y Sastrería Juventud - Melba de Erazo, conviene reforzar su capacitación.

- El puesto de la Cra.9a # 2-80 la Distribuidora no tiene ningún conocimiento respecto de los métodos anticonceptivos (responsabilidad de Saturia - Naranjo).

- Los desplazamientos de las Instructoras están un poco descoordinados tanto de su sede como de la planeación según cobertura; si la sede es móvil y se ha planeado según las necesidades de la zona, al programar las actividades para determinada area también se fija una sede que sea equidistante - para la movilización de la Instructora (caso Cleofelina Reyes analizado con ésta y Supervisora de zona).

- El Doctor Fabio Durán manifiesta su preocupación por el problema que puede presentarse por falta de seguro de la moto perteneciente a Saturia Naranjo quien la usa para su trabajo.

- En el Corregimiento de Los Corazones, en entrevista con la Promotora de salud Cilia Rodriguez manifestó la importancia de llevar a la comunidad información y servicios de Planificación Familiar; allí tienen puesto de salud sin srvicios de anticoncepción 480 familias. Por medio del distribuidor que aquí se establezca, podría cubrirse la comunidad de la Vereda Raíces, que cuenta con 29 familias y es trabajada por la misma promotora.

- En el Corregimiento de Guacoche puede hacerse buena labor, dada su población y necesidad de la información, pero es difícil llegar hasta allí en época de invierno.

- En el Corregimiento de San José de Oriente (Los Robles La Paz) los pobladores son provenientes de Gramalote (Norte de Santander) y Carmen de Bolivar. En entrevista con la auxiliar del Puesto de Salud Denis Navarro, nos informa que: hay médico permanente pero no se da servicio de Planificación Familiar a una comunidad de 3.300 personas, lo cual dadas las circunstancias sí justifica llevar allí el programa.

- En el Municipio de Los Robles La Paz se tiene información de Instructora de Valledupar de que la comunidad es muy cerrada y que no compra los productos en el puesto de Distribución (ya lo cerró). Dadas la extensión y población de esta localidad conviene que el equipo cumpla allí con su labor de información e instalación de Puesto de Distribución.

- Los dineros recaudados por Saturia Naranjo, Aracely Jaimes Y Carmen Guevara los reunen en una sola cantidad por lo cual la Supervisora Olga Palacio expide un recibo.

- De acuerdo con el tiempo programado para la visita, fue posible constatar la existencia de todos los puestos de Programa experimental, pero según información de las Instructoras, lo existente es:

  - A cargo del equipo Marina Hernández y José Jimeno:
    Copey: 5 Puestos Distribución - Meta 4
    Chiriguná: 9 Puestos Distribución - Meta 8
    Chimichagua: 16 ,, ,, - ,, 7
    Robles La Paz: No se ha trabajado.

  - A cargo de Carmen Guevara: 20 Puestos Distribución. Sede Pelaya - Trabaja:
    Tamalameque: 10 Puestos Distribución - Meta 4
    La Gloria: 10 ,, ,, - ,, 3

  - A cargo de Aracely Jaimes: 14 Puestos Distribución. Sede Curumaní. Trabaja:
    Curumaní: 8 Puestos Distribución - Meta 3
    Pailitas: 6 ,, ,, - ,, 3

  - A cargo de Saturia Naranjo 19 Puestos Distribución. 1 Puesto Distribución de Aguachica no es activo. Sede Aguachica - Trabaja:
    Aguachica: 11 Puestos Distribución - Meta 6
    Gamarra: 4 ,, ,, - ,, 3
    San Alberto: 4 ,, ,, - ,,

  - A cargo de Evelia Cera: 11 Puestos de Distribución. Sede San Martin.
    Río de Oro: 9 Puestos Distribución - Meta 9
    González: 2 ,, ,, - ,, 3

Recomendaciones:

1 - Con el fín de aprovechar mejor el tiempo de la reunión mensual con las Instructoras, éstas deben traer elaborados sus informes, los cuales serán analizados con la Supervisora de Zona.

2 - Para facilitar la atención de la Supervisora de Zona a las Instructoras, puede dividirse el personal y hacer dos reuniones de fin de mes, en las cuales además de recibir sus informes se les dará capacitación y orientación sobre los diferentes aspectos relacionados con su trabajo.

3 - Los dineros recudados por cada una de las Instructoras, deben ser entregados a la Supervisora y respaldados por el respectivo recibo.

4 - A la Instructora Saturia Naranjo puede exigírsele: el seguro de la moto para que pueda usarla en las horas de trabajo y especialmente sobre la programación de su trabajo, de acuerdo con objetivos claros según las necesidades de su zona.

5 - Las Instructoras deben capacitar a cada uno de los Distribuidores en forma dosificada y evaluarles cuándo han asimilado, sin atenerse a la explicación dada en la reunión con la comunidad cuando lo seleccionaron.

PROFAMILIA

6 - Para efectos de presupuesto, todos los gastos ocasionados por el programa deben informarse, incluyendo mantenimiento de vehículo (gasolina, aceite, repuestos, garaje, etc.) si estos fueron cancelados por el Instructor (a), Supervisora, los relaciona en la columna 8 de la forma 006; si lo canceló el Centro (Secretaria) se anotan en el numeral 17 de la misma forma con nota aclaratoria.

Las Instructoras deben advertir a sus distribuidores que en caso de querer entregar el puesto de Distribución, lo hagan a ellas directamente y si la urgencia por deshacerse de él las obliga a dejarlo en manos de otra persona, la Instructora debe evaluar si es el personaje adecuado y darle la debida capacitación.

7 - La programación de actividades de la supervisora debe hacerla en forma tal, que su presencia en la zona de cada Instructora a su cargo, le permita constatar el cumplimiento de la programación, evaluar algunos distribuidores dando prioridad a los nuevos y asesorar en el área de trabajo. (Ver anexo de programación para Olga Palacio en Nov./81).

Su programación debe presentarla al Médico Director del Centro y quincenalmente rendir informe escrito de actividades realizadas, copia de la cual, enviará a Bogotá al finalizar el mes.

8 - La Instructora Martha de Núñez en la recolección de Diciembre/81 puede entregar a Oliva Palacios la administración de los puestos de Distribución a su cargo.

9 - Según la nueva modalidad la recolección (trimestralmente), no es necesario tener Minibodega en Ocaña, ya que la Instructora Gladys Lucía Picón puede hacer su solicitud respectiva en la reunión de mes en Bucaramanga aún para las ventas de contado (sobre pedidos). Al respecto es conveniente que ella recuerde:

a - No vender a Droguerías que sean clientes de mercadeo o de mayoristas compradores a Profamilia.

b - No dedicar la mayor parte de su tiempo a pequeñas ventas de contado.

Cordialmente,

CONSUELO VASQUEZ S.
Coordinadora Nacional

c.c. Médico Director
Dr. Miguel Trias
Auditoría
Supervisora Zona
Archivo

PROFAMILIA

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES DE NOVIEMBRE/81

Supervisora de Zona: Olga Palacio.

Objetivo:

- Tener mayor conocimiento de los nuevos Puestos de Distribución fundados en el Cesar y asesorar el personal que labora a su cargo.

Nov. 4 Profamilia: Revisión de informes presentados por Instructoras en Oct/81. Elaboración de informes de Supervisora de Zona.

Nov. 5 Conocimiento y evaluación de nuevos Distribuidores en: Aratoca, Pomarroso, Curití, San Gil.

Nov. 6 Villanueva, Barichara, Socorro.

Nov. 9 Barbosa, Vélez, Jordan.
Supervisión a existencias de anticonceptivos y a Distribuidores en:

Nov. 10 Chipatá, Puente Nacional, Cite y Güepsa.

Nov. 12 Bado Real, Oiba, Guadalupe.

Nov. 13 Regreso a Bucaramanga.

Nov. 16 a.m. -Profamilia: Informe al Dr. Fabio Durán de lo realizado y proyecto viaje dias siguientes.
p.m. Viaje hasta Aguachica.

Supervisar Metodología aplicada por los Agentes Educativos. Constatar actividades informadas.

Nov. 17 Chimila, San Francisco, Caracolicito.

Nov. 18 Viaje a Los Robles La Paz: Elaboración plan de trabajo para esta zona con el equipo.

Nov. 19 Los Robles La Paz (area urbana)

Nov. 20 , ,, , ,, (area rural)

Nov. 21 Regreso hasta Aguachica,o sede de Evelia Cera

. / .

PROFAMILIA

Nov. 23 y24 Planeación con Promotora (según necesidades de su area); asesoría sobre técnicas de trabajo (selección, capacitación de Distribuidores, contenido y duración de una charla educativa).

Nov. 25 y 26 Area de Saturia Naranjo.
Supervisión de la planeación del trabajo la cual debe ajustarse a necesidad de subsanar fallas encontradas en visita de evaluación a Distribuidores. (Supervisora de zona y Coordinadora Regional).

Supervisión y asesoría a Instructora en los sitios elegidos por la Supervisora de Zona (Programación de actividades sobre objetivos claros).

Regreso a Bucaramanga.

Nov. 27 y 30 Reunión en Profamilia Bucaramanga para: Complementar capacitación de 4 Instructoras (area de control), 2 Instructoras (area mantenimiento) y Agentes Educativos en: Elaboración de informes, aclaración de aspectos administrativos con Médico Director y Administradora del Centro.

Al terminar cada reunión el personal asistente se irá con sus informes presentados y revisados por la Supervisora de Zona (Programación Objetiva). En cada visita de supervisión elaborar con la Instructora la recolección de fin de año (programar).

En el mes de Diciembre enfocar la supervisión hacia las Instructoras Aracely Jaimes y Carmen Guevara.

Cordialmente,

CONSUELO VASQUEZ G.
Coordinadora Regional.

PROFAMILIA

INFORME DE LA VISITA AL PROGRAMA COMUNITARIO DE CAUCA

FINANCIACION POPULATION COUNCIL

Duración: Sep. 21 a 25 y 5 a 7 de Octubre/81

Objetivo: Conocer el Programa experimental, dar asesoría administrativa al Supervisor de Zona y asistir a la prueba de nuevo laminario con la representante de Fepec.

Actividades:

1 - Presentación de nueva papelería.

2 - Visita a 12 Puestos Distribución (rurales).

3 - Reconocimiento del Municipio de Sotará o Paispamba (zona rural).

4 - Evaluación de trabajo de los Agentes Educativos: asistencia a reunión con la comunidad, análisis de metodología.

Observaciones:

1 - Los Puestos de Distribución visitados fueron:

En el Tambo (urbano)

- Nidya Quintero: Panadería frente a la Caja Agraria. Bien capacitada.

- Nubia Stella Trujillo: Entregó el puesto por cambio de domicilio, estaba ubicado muy cerca al anterior y se recomendó seleccionar un Distribuidor que reuna las condiciones y tenga ubicación estratégica.

Corregimiento Zarzal (Tambo)

- Isaura Bosco: Tienda frente al parque. Responde bien a preguntas sobre uso de la píldora.

Corregimiento Piagua (Tambo)

- Elisa Muñoz: Tienda en la única calle frente al parque. Necesita reforzar capacitación.

/

Coconuco.

- Gladys Guañarita: Tienda en la entrada principal. Se le complementa información sobre el uso de la píldora.

Puracé.

- Hilda Ma. Calderón: Puesto de Salud.

- Luz Paquita Muñoz: Casa de familia, no puede atender el puesto porque está trabajando en la mina.

La Chapa.

- Nidya Bolaños: Promotora de Salud. Por dificultades con el Cura, no han puesto el aviso de latón, en esta comunidad hay mayor aceptación a la Ligadura de trompas.

2 - En reconocimiento por el area rural de Sotará se observa que los caseríos son reducidos, las viviendas muy dispersas y la gente prefiere hacer su compra en el pueblo dadas las distancias que tendría que recorrer.

3 - Se analizó la metodología que está aplicando el equipo en su trabajo de grupo. Al respecto, se observa que las charlas se hacen a grandes grupos (300 personas), que no todas las personas están recibiendo el mensaje adecuadamente.

4 - Las existencias a cargo del antiguo Programa Rural, presentaban un poco de confusión porque habían mezclado droga del programa experimental con Programa tradicional (Se elaboró acta de Oct.7/81). Al respecto, el señor Donaldo Rivera envió posteriormente la aclaración.

5 - Teniendo en cuenta la nueva responsabilidad dada al supervisor de zona para que sea él quien lleve control de todos los productos a cargo de las Instructoras y se entienda directamente con la Secretaria del Centro, es conveniente que haga solicitudes oportunamente y de acuerdo con las reuniones mensuales para que el personal esté adecuadamente aprovisionado según la programación de recolección

6 - En reunión con el personal de Instructoras se hizo recomendación de no anotar en las libretas de Puestos de Distribución, solo los productos entregados, ya que se hacía la anotación y posteriormente en otra visita la entnega.

. / .

PROFAMILIA

7 - El Supervisor de Zona informa su preocupación por la inseguridad en que está la Instructora Matilde de Rebolledo, pues el Municipio de Argelia es zona de violencia.

8 - Los puestos existentes hasta la fecha de la visita eran:
En Programa Experimental:18.
En area de control: 32.

Recomendación:

- De acuerdo con las exigencias de los donantes, el Supervisor debe planear y programar sus actividades en forma tal que pueda dar asesoría permanente al personal a su cargo y supervisar el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada programa.

Atentamente,

CONSUELO VASQUEZ G.
Coordinadora Nacional

c.c. Médico Director
Dr. Trias
Auditoría
Supervisor de Zona Donaldo Rivera

A P P E N D I X I V

SURVEY SAMPLE REPORT

ESTUDIO SOBRE "EFICIENCIA DE DOS METODOS DE DISTRIBUCION COMUNITARIA DE ANTICONCEPTIVOS, EN LOS DEPARTAMENTOS DE CAUCA Y CESAR". COLOMBIA 1981

DISEÑO DE LA MUESTRA

LUIS CARLOS GOMEZ S.
Estadístico-Muestrista, Sociólogo
Enero de 1981

1. UNIVERSO DE ESTUDIO

Las mujeres en edad fértil (MEF), de 15 a 49 años, alguna vez en unión, residentes en 12 de los municipios del César y 12 del Cauca, conforman el universo del estudio sobre eficiencia de dos métodos de distribución comunitaria de anticonceptivos.

La tabla 1 presenta las estimaciones para 1981 de la población total y de las MEF objeto de la investigación, por zonas urbana (cabecera) y rural, de cada uno de los citados municipios. Los grupos control y experimental fueron constituídos previamente por las directivas del estudio. El concepto de intervención previa se refiere al desarrollo de actividades de planificación familiar con anterioridad a la fecha del estudio.

La máxima desagregación geográfica para efectos de inferencia de los resultados, se estableció a nivel de zona (urbana y rural), de cada grupo control o experimental, de cada departamento, lo cual significa ocho sub-universos de análisis rutinario.

2. TIPO DE MUESTRA

La muestra diseñada es probabilística, de conglomerados, estratificada y poliétápica.

Probabilística, dado que cada persona (MEF alguna vez en unión) del universo estudiado tiene una probabilidad conocida de selección superior a cero. Dicha probabilidad varía a nivel de las zonas urbana y rural de cada uno de los doce estratos definidos en el diseño (ver adelante).

De Conglomerados, constituídos por los municipios o Unidades Primarias de Muestreo (UPM), y por segmentos o grupos contiguos de hogares (Unidades secundarias), de tamaño promedio 10 en las zonas urbanas (cebeceras municipales) y 25 en las rurales. Las UPM son municipios en casi todos los casos. Por razones de cercanía, accesibilidad y contiguidad geográfica, y por causas operativas, en dos situaciones, la unidad primaria se constituyó juntando dos municipios. El tamaño de los segmentos fue es-

TABLA 1 - POBLACION TOTAL Y MEF (alguna vez en unión) RESIDENTES EN LOS MUNICIPIOS DEL UNIVERSO DEL ESTUDIO. PROYECCIONES A 1981

Depto.	Grupo	Municipio	Intervención previa	POBLACION TOTAL			M E F- UNIVERSO		
				Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Cauca	Control	Bolívar	SI	5.136	38.915	44.051	723	5.316	6.039
		Mercaderes	SI	5.609	18.611	24.220	789	2.570	3.359
		Patía	SI	8.067	15.682	23.749	1.073	2.004	3.077
		Balboa	Semi	2.437	11.885	14.322	314	1.343	1.657
		Almaguer	NO	1.756	8.461	10.317	227	1.032	1.259
		S.Sebastián	NO	615	5.028	5.563	80	738	818
	Experimental	El Tambo	NO	2.179	16.196	18.375	343	2.546	2.889
		La Vega	NO	1.944	11.530	13.474	288	1.567	1.855
		Puracé	NO	661	8.716	9.377	118	1.253	1.371
		La Sierra	NO	950	7.820	8.770	139	1.040	1.179
		Rosas	NO	1.009	7.365	8.374	141	917	1.058
		Sotará	NO	400	3.481	3.881	54	481	535
César	Control	Aguachica	SEMI	27.868	6.230	34.098	3.828	820	4.648
		Tamalameque	SI	3.029	25.047	28.076	342	3.410	3.752
		Río de Oro	SEMI	3.430	22.691	26.121	447	3.034	3.481
		Curumani	SEMI	14.036	8.614	22.650	1.824	1.120	2.944
		Pailitas	SEMI	6.254	3.714	9.978	923	548	1.471
		Gámarra	SEMI	5.401	5.422	10.823	704	721	1.425
		La Gloria	SEMI	2.632	4.984	7.616	328	718	1.046
		González	NO	1.259	5.124	6.383	154	494	648
	Experimental	El Copey	NO	15.810	24.124	39.934	1.910	3.131	5.041
		Chiriguaná	NO	6.683	18.815	25.498	823	2.408	3.231
		Robles	NO	6.483	17.289	23.772	785	2.030	2.815
		Chimichagua	NO	7.566	14.801	22.367	928	1.808	2.736

Notas : - Cuando la proyección de la cabecera disminuye en relación con el censo de 1973, se deja vigente esta población censal.

- En el Tambo, se incluyen solamente los sectores 22,23 y 24 de la zona rural, por razones de orden público.

- Para la estimación de las MEF alguna vez en unión, se aplicó el factor " o.75 x hogar " suministrado por los directivos del estudio.

tablecido a partir de consideraciones de costo y precisión de resultados, deducidas de otras experiencias similares en Colombia (1).

Este tipo de muestra reduce sustancialmente los costos del trabajo de campo, a costa de un aumento razonable (en este caso) del error de muestreo.

Estratificada, por agrupación de las UPM en conjuntos homogéneos, aplicando los siguientes criterios principales : Departamento, al cual pertenece cada UPM, área control o experimental según la clasificación previamente establecida por las directivas del estudio, en función de sus objetivos, y tamaño de la UPM, procurando reunir unidades similares en cuanto al número de MEF en unión. La variable " intervención previa " también se tuvo en cuenta en el proceso de estratificación.

Se definieron tres estratos por cada área control y experimental, dentro de cada departamento (Ver Tabla 2). Resultaron en consecuencia 12 estratos a fin de optimizar la selección de otras tantas UPM. Aquellas UPM cuyo tamaño era aproximadamente similar al del estrato, se constituyeron en estratos, y su probabilidad de selección fue por lo tanto igual a 1. La probabilidad del resto de UPM se calculó en función de su número de MEF en unión dentro del estrato respectivo.

Polietápica, con tres etapas de selección :

a) De las UPM : seleccionado una de cada estrato, con probabilidad calculada en función del número de MEF en unión.

b) De los segmentos : seleccionado en cada uno de los ocho subuniversos de estudio, 25 en la zona urbana, de tamaño promedio 10 hogares, y 11 en la zona rural, de tamaño promedio 25, con probabilidad de selección calculada en función del número total de segmentos " existentes " en las zonas en cuestión.

c) De las MEF en unión : tomando el total de las residentes en cada uno de los hogares seleccionados, es decir, submuestreando con probabilidad 1 a este nivel.

---

(1) Gómez L.C. y col. " Diseño de la Muestra ", Encuesta Nutricional en las áreas del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Bogotá,1979. (mimeo).

TABLA 2. ESTRATIFICACION DE LAS UNIDADES PRIMARIAS .- PROBABILIDADES DE SELECCION

Estrato	Depto.	Municipio	Area	Intervención Previa	MEF alguna vez en unión			Probabilidad
					Urbana	Rural	Total	
1	Cauca	Bolívar	Control	SI	723	5.315	6.039	1.00
2	Cauca	Almaguer	Control	NO	227	1.032	1.259	0.34
	"	S.Sebastián	"	NO	80	738	818	0.22
	"	Balboa	"	SEMI	314	1.343	1.657	0.44
					621	3.113	3.734	1.00
3	Cauca	Mercaderes	Control	SI	789	2.570	3.359	0.52
	"	Patía	"	SI	1.073	2.004	3.077	0.48
					1.862	4.574	6.436	1.00
4	Cauca	El Tambo	Exper.	NO	343	2.546	2.889	1.00
5	Cauca	La Vega	Exper.	NO	288	1.567	1.855	0.61
		La Sierra	"	NO	139	1.040	1.179	0.39
					427	2.607	3.034	1.00
6	Cauca	Puracé	Exper.	NO	118	1.253	1.371	0.46
	"	Rosas	"	NO	141	917	1.058	0.36
	"	Sotará	"	No	54	481	535	0.18
					313	2.651	2.964	1.00
7	César	Aguachica-Gamarra	Control	SEMI	4.532	1.541	6.073	1.00
8	César	Tamalameque	Control	SI	342	3.410	3.752	0.47
	"	Río de Oro-González	"	SEMI	601	3.258	4.129	0.53
					943	6.938	7.881	1.00
9	César	Curumani	Control	SEMI	1.824	1.120	2.944	0.54
		Pailitas	"	SEMI	923	548	1.471	0.27
		La Gloria	"	SEMI	328	718	1.046	0.19
					3.075	2.386	5.461	1.00
10	César	El Copey	Exper.	NO	1.910	3.131	5.041	1.00
11	César	Chiriguaná	Exper.	NO	823	2.408	3.231	1.00
12	Cesar	Robles	Exper.	NO	785	2.030	2.815	0.51
		Chimichagua	"	NO	928	1.808	2.736	0.49
					1.713	3.838	5.551	1.00

Nota : Para la estimación del número de MEF alguna vez en unión en 1981, se hicieron estimaciones sucesivas en el siguiente orden : (1°) Población urbana y rural a 1981, (2°) Hogares urbanos y rurales en 1981, (3°) MEF urbanas y rurales en 1981, aplicando el promedio MEF por hogar, urbano y rural, existente en 1973 en cada municipio y (4°) MEF urbano y rurales, en unión, en 1981, aplicando el promedio 0.75 x hogar, suministrado por las directivas del estudio.

3. MARCO DE MUESTREO

Lo conforman : a) las estimaciones a 1981 de población general y de MEF en unión de cada uno de los Municipios del Universo de estudio, realizadas a partir de los datos del censo de 1973 y de parámetros fijados por las directivas del estudio (promedio de MEF alguna vez en unión por hogar), y b) el material cartográfico y de recuento de hogares del censo de 1973, a nivel municipal y por sector mínimo de empadronamiento, facilitado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

4. TAMAÑO Y PRECISION DESEADA

La muestra debe, prioritariamente, permitir el análisis de cambios, en un período de un año o más, en el conocimiento y uso de métodos y servicios de planificación familiar, a nivel de 8 subgrupos o subuniversos de MEF alguna vez en unión, definidos en términos de departamento (Cesar y Cauca), área (control y experimental) y zona (urbana y rural).

Se estableció como requisito mínimo la identificación(a nivel de subuniverso) de diferencias, significativas estadísticamente, de 0.10 o más, entre dos proporciones P_1 y P_2, medidas en los tiempos 1 y 2 respectivamente, siendo $P_1 \geq 0.20$, con un nivel de confianza del 95% (probabilidad de acertar en la inferencia, $1 - \alpha$)

El cálculo del tamaño de muestra con base en las anteriores premisas es el siguiente :

$$m = \frac{N(P_1 Q_1 + P_2 Q_2) K}{N(ES_{P_1 - P_2}) + (P_1 Q_1 + P_2 Q_2) K}$$

En donde ,

N = Es el tamaño de cada subuniverso

El más pequeño : 1.083 MEF alguna vez en unión del área experimental, zona urbana, del Cauca.

El más grande : 13.003 MEF alguna vez en unión del área control, zona rural, del Cauca.

P_1 = Proporción en la primera medición

Q_1 = Proporción complementaria en la primera medición ($1-P_1$)

P_2 = Proporción en la segunda medición.

Q_2 = Proporción complementaria en la segunda medición ($1-P_2$)

$K=$ Son posibles valores del efecto de los conglomerados o efecto del diseño (deff), estimados a partir de múltiples experiencias en muestras probabilísticas de esta naturaleza, indispensables en la fórmula de tamaño de muestra arriba mencionada, para modificar la propia del muestreo aleatorio simple de elementos.

$ES_{P_1-P_2}=$ Error estandar máximo admisible para la diferencia P_1-P_2, con un nivel de confianza del 95%, de tal forma que

$$2(ES_{P_1-P_2}) = 0.10$$

Tenemos entonces los tamaños de muestra (M) - de MEF en unión, necesarios para

N (Subuniversos)	K= efecto de diseño	
	1.3	1.4
1083	163	174
13003	190	204

Hogares de la muestra.

En base a lo anterior, y a un promedio de 0.75 MEF en unión por hogar, se decidió seleccionar para cada subuniversos urbano, un tamaño de muestra de 250 hogares, y para cada rural, 275 hogares. La perspectiva de una inferior cobertura de las entrevistas del estudio en la zona rural justificó el pequeño incremento en el tamaño de la muestra seleccionada en esta zona.

5. SELECCION DE LA MUESTRA

5.1. De Unidades Primarias

De cada uno de los 12 estratos, constituídos con los criterios señalados en la seccion 2., se seleccionó aleatoriamente como muestra representativa una unidad primaria de muestreo (UPM), con probabilidad proporcional al número de MEF alguna vez en unión.

Las UPM que por su tamaño constituyeron un estrato (estratos 1,4,7,10 y 11, de la tabla 2), tuvieron probabilidad 1, y formaron parte de la muestra por definición.

La Tabla 3 nos indica la muestra de unidades primarias y secundarias y las respectivas probabilidades de selección.

5.2. De Unidades Secundarias (segmentos)

Para cada zona (urbana y rural), de cada UPM, se seleccionaron independientemente los segmentos de la muestra señalados en la Tabla 3. La distribución de los segmentos, de cada zona, en las distintas UPM seleccionadas en un sub-universo, se hizo aproximadamente en función de la respectiva cantidad de MEF alguna vez en unión. A este nivel la probabilidad fue igual y resultó de la relación entre número de segmentos seleccionados y número de segmentos existentes (teóricos).

El procedimiento comprendió las siguientes etapas :

a- Cálculo del número de segmentos existentes (teóricos) en los sectores mínimos de empadronamiento del Censo Nacional de Población de 1973. Dichos sectores son manzanas en las zonas urbanas y áreas bien delimitadas (promedio de 100 hogares) en las zonas rurales.

Para la aproximación a valores enteros se aplicaron las siguientes clasificaciones :

Zona Urbana :

No. de Hogares por manzana	No. de Segmentos
5-14	1
15-24	2
25-34	3
⋮	

Zona Rural :

No. de Hogares por área	No. de Segmentos
13-37	1
38-62	2
63-87	3
88-112	4
113-137	5
⋮	

TABLA 3. MUESTRA DE UNIDADES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS, Y PROBABILIDADES DE SELECCION.-

Depto.	Sub-universo	Area	Estrato	Unidad Primaria		Unidades Secundarias (segmentos)			
				Nombre	Probabil.	Urbanos		Rurales	
						No	Probabil.	No.	Probabil.
Cauca	1	Control	1	Bolívar	1.00	6	1/14.50	4	1/63.50
			2	Balboa	0.44	5	1/ 6.20	3	1/21.67
			3	Mercaderes	0.52	14	1/ 5.43	4	1/32.25
	2	Experim.	4	El Tambo	1.00	8	1/ 4.38	4	1/34.00
			5	La Vega	0.61	10	1/ 3.60	3	1/32.30
			6	Puracé	0.46	7	1/ 2.57	4	1/12.25
Cesar	3	Control	7	Aguachica Gamarra	1.00	13	1/31.6	2	1/56.00
			8	Río de oro González	0.53	3	1/28.00	7	1/21.71
			9	Curumaní	0.54	9	1/16.55	2	1/24.50
	4	Experim.	10	El Copey	1.00	11	1/12.64	3	1/32.00
			11	Chiriguaná	1.00	5	1/23.40	3	1/49.00
			12	Chimichagua	0.49	9	1/12.33	5	1/26.00

Nota : Probabilidad de la UPM = $\frac{\text{MEF en unión de la UPM}}{\text{MEF en unión del estrato respectivo}}$

Probabilidad de los segmentos = $\frac{\text{No. de Segmentos, seleccionados en una zona de una UPM}}{\text{No. de segmentos existentes en la misma zona de la misma UPM.}}$

b- Cálculo de frecuencia acumulada de los segmentos teóricos.

c- Cálculo de intervalo de submuestreo, a nivel de zona y UPM, así :

$$\text{Intervalo} = \frac{\text{No. de Segmentos existentes}}{\text{No. de Segmentos a ser seleccionados.}}$$

d- Aplicación sistemática del intervalo sobre el listado ordenado de segmentos teóricos. Selección del primer segmento de la muestra tomando un No. al azar entre 1 y el valor del intervalo de muestreo. Selección de los segmentos siguientes, sumando sucesivamente al 1er. No. seleccionado, el intervalo.

Como un sector de empadronamiento (manzana y área rural) tenía muchas veces más de un segmento teórico, en esta etapa lo que realmente se identificó fue el sector que contenía unc o más segmentos de la muestra.

e- Identificación en la cartografía de los sectores que contenía los segmentos de la muestra.

f- Partición de algunos de los sectores rurales grandes, cuya cartografía era lo suficientemente clara para permitir una subdivisión utilizando límites naturales visibles, y asignación de una probabilidad a cada pedazo, en función de un supuesto No. de hogares. El criterio aplicado en este último procedimiento es la densidad de población de cada parte, deducida según la distancia de la cabecera municipal, la ubicación en función de las diferentes vías de comunicación, las características geográficas del terreno, y la cantidad de puntos de vivienda observados en la cartografía. La validez de este procedimiento ha sido verificada en diversas muestras con cubrimiento rural, la más reciente de las cuales es la de la " Encuesta PAN 1979 " (1)

g- Selección directa en el terreno, por los encuestadores, de lo hogares propiamente tales, aplicando una fracción de submuestreo resultante de la relación entre número de segmentos seleccionados en la parte finalmente sorteada (usualmente 1) y el número de segmentos (teóricos) existentes en dicha parte. Para el efecto los encuestadores debieron recorrer minuciosamente la parte muestreada.

Las MEF alguna vez en unión de la muestra son todas las residentes en los hogares seleccionados.

6. PROCEDIMIENTOS DE ESTIMACION

Son las instrucciones para el manejo de los datos básicos de la muestra y para la obtención de las estimaciones estadísticas requeridas.

6.1. Estimaciones insesgadas

A nivel de sub-universos y universo total. Dado que las probabilidades finales de seleccion (Tabla 4) varían en cada zona, por estrato, también son diferentes a nivel de sub-universos y del universo total, razón por la cual es necesario ponderar los datos básicos de cada Hogar y MEF de la muestra por el reciproco de la probabilidad final de selección ($1/_f = F$), o por un factor equivalente.

La probabilidad final (f) de cada hogar y MEF es el producto de las probabilidades de la UPM (f_1) y del segmento (f_2) a los cuales pertenecen (Tabla 4).

La aplicación del recíproco de la probabilidad final ó factor de inflación (F), además de corregir el problema de las diferentes probabilidades, restituye a valores absolutos del universo de estudio, lo cual tiene gran utilidad práctica.

No obstante, si se desea trabajar con valores muestrales absolutos, la corrección por la diferente probabilidad se logra a través de un nuevo factor que resulta de la relación entre cada factor final de inflación y el promedio de dichos factores.

6.2. Fórmulas principales de estimación

Se utiliza la nomenclatura sugerida por Kish (2) para el muestreo de conglomerados desiguales.

6.2.1. A nivel de subuniverso

$Y_u =$ Razón de estimación en el subuniverso u
(Se utiliza indistintamente para promedios y proporciones)

$$Y_u = \frac{\sum_{\alpha=1}^{a_u} \sum_{\beta=1}^{b_\alpha} \sum_{i=1}^{x_{\alpha\beta}} y_{\alpha\beta i} F_{\alpha\beta}}{\sum_{\alpha=1}^{a_u} \sum_{\beta=1}^{b_\alpha} \sum_{i=1}^{x_{\alpha\beta}} x_{\alpha\beta i} F_{\alpha\beta}}$$

(2) Kish, Leslie. "Survey Sampling", John Wiley and Sons, New York 1965, Chapter 6.

Tabla 4- Probabilidades Parciales y Finales, y Factores de Inflación.

	Probabilidades Parciales			Probabilidades Finales		Factores de Inflación	
	UPM	Segm.Urb.	Segm.Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Estrato	f_1	f_{2U}	f_{2R}	f_U	f_R	F_U	F_R
1	1.00	1/14.5	1/63.5	1/14.5	1/63.5	14	64
2	0.44	1/ 6.2	1/21.67	1/14.1	1/49.2	14	49
3	0.52	1/ 5.43	1/32.25	1/10.4	1/62.0	10	62
4	1.00	1/ 4.38	1/34.0	1/ 4.4	1/34.0	4	34
5	0.61	1/ 3.6	1/32.3	1/ 5.9	1/53.0	6	53
6	0.46	1/ 2.57	1/12.25	1/ 5.6	1/26.6	6	27
7	1.00	1/31.61	1/56.0	1/31.6	1/56.0	32	56
8	0.53	1/28.0	1/21.71	1/52.8	1/41.0	53	41
9	0.54	1/16.55	1/24.5	1/30.6	1/45.4	31	45
10	1.00	1/12.64	1/32.0	1/12.6	1/32.0	13	32
11	1.00	1/23.4	1/49.0	1/23.4	1/49.0	23	49
12	0.49	1/12.33	1/26.0	1/25.2	1/53.1	25	53

f_1 = Probabilidades de selección de las UPM de la muestra
f_{2U} = Probabilidades de selección de los Segmentos urbanos
f_{2R} = Probabilidades de selección de los Segmentos rurales
f_U = Probabilidades finales urbanas
f_R = Probabilidades finales rurales
F_U = Factores inflación urbanos
F_R = Factores inflación rurales

$j = 1, 2, \ldots, x_\beta$ - - son cada una de las MEF encuestadas en un segmento

$\beta = 1, 2, \ldots, b_\alpha$ - - son los diferentes segmentos en la UPM

$\alpha = 1, 2, \ldots, a_u$ - - son las diferentes UPM seleccionadas en el subunive u

$y_{\alpha\beta j}$ - - - es el valor de la variable en la MEF j, del segmen β, de la UPM α.

$x_{\alpha\beta j}$ - - - es la MEF j, del segmento β, de la UPM α

$F_{\alpha\beta}$ - - - - es el factor final de inflación a nivel del segment β de la UPM α, variable en las zonas urbanas y rurales.

6.2.2. Para el conjunto del universo

$$r = \frac{\sum_{u=1}^{U} \sum_{\alpha=1}^{a_u} \sum_{\beta=1}^{b_\alpha} \sum_{j=1}^{x_\beta} y_{u\alpha\beta j} F_{\alpha\beta}}{\sum_{u=1}^{U} \sum_{\alpha=1}^{a_u} \sum_{\beta=1}^{b_\alpha} \sum_{j=1}^{x_\beta} x_{u\alpha\beta j} F_{\alpha\beta}}$$

u = 1,2, ------, 8 son cada uno de los subuniversos.

7. CALCULO DE ERRORES DE MUESTREO

7.1. Para estimaciones a nivel de sub-universo

$es(t_u)$: Error estandar de la razón de estimación en el sub-universo u.

Se propone utilizar el modelo propuesto por Kish para muestreo de conglomerados seleccionados sistemáticamente (Capítulo 6, Sección 6.5 c). Una excelente aproximación de los errores de muestreo puede obtenerse a partir de los segmentos estudiados.

La técnica de las posibles diferencias sucesivas, implica el establecimiento de las mismas de acuerdo con el orden de selección de los segmentos : 1°con 2°, 2°con 3°etc.

Entonces :

$$es(\bar{y}_u) = \sqrt{\frac{\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha}{\left(\sum_{\alpha=1}^{a_u}\sum_{\beta=1}^{b_\alpha} x_{\alpha\beta} F_{\alpha\beta}\right)^2 2\left(\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha - 1\right)} \left[\sum_{g=1}^{\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha - a_u} D^2 y_g (1-f_{\alpha\beta}) + \bar{y}_u^2 \sum_{g=1}^{\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha - a_u} D^2 x_g (1-f_{\alpha\beta}) - 2\bar{y}_u \sum_{g=1}^{\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha - a_u} D y_g D x_g (1-f_{\alpha\beta}) \right]}$$

En donde,

$$D y_g = \sum_{\alpha=1}^{a_u}\sum_{\beta=1}^{b_\alpha} y_{\alpha\beta} F_{\alpha\beta}(g) - \sum_{\alpha=1}^{a_u}\sum_{\beta=1}^{b_\alpha} y_{\alpha\beta} F_{\alpha\beta}(g+1)$$

$\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha = b_1 + b_2 + \cdots + b_{a_u}$ es el número de segmentos de las unidades primarias del sub-universo u .

$\sum_{\alpha=1}^{a_u} b_\alpha - a_u$ es el número de posibles diferencias sucesivas entre los segmentos, separando cada UPM

g = es el primer segmento de un par sucesivo

$g+1$ = es el segundo segmento del citado par

7.2. <u>Para estimaciones a nivel del universo total</u>

El error de muestreo se calcula aplicando el modelo descrito antes, haciendo las diferencias y acumulaciones sucesivas para el conjunto de segmentos de la muestra.