PN ABN-960
82057

DESARROLLANDO SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

Un módulo para ser utilizado por capacitadores en talleres para administradores

The Enterprise Program

JSI

John Snow Inc 1616 N Fort Myer Drive Suite 1100 Arlington Virginia 22209 USA
Tel (703) 528 7474 Fax (703) 528 7480 Tlx 272896 JSI WUR

Project Number 936-3034

John Snow, Inc
In collaboration with
Birch & Davis Associates, Inc
Coverdale Organization, Inc
John Short & Associates, Inc

1

DESARROLLANDO SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

Un módulo para ser utilizado por capacitadores en talleres para administradores

Enero, 1988

AID/DPE-3034-C-00-5072-00

Preparado por:

World Education, Inc.
210 Lincoln Street
Boston, MA 02111

Bajo contrato con Programa Enterprise, John Snow, Inc.

World Education, Inc. desea agradecer al personal del Programa Enterprise, especialmente a Kulmindar Johal, CNM, M.S., por su ayuda en la preparación de este modulo.

World Education expresa su reconocimiento por las contribuciones de las siguientes personas en la preparación de este módulo:

David W. Kahler, Ed.D.
John P. Comings, Ed.D.
Jane Mackie-Mason, MHSA
E. Noel McIntosh, M.D., Sc.D.

El Programa Enterprise agradece la asistencia de Patricia Fairchild, M.A. y de la Dra. Joan Babbott, M.D. revisores externos de este módulo.

THE ENTERPRISE PROGRAM

(EL PROGRAMA EMPRESARIAL)

Prólogo

Por lo menos una tercera parte de las parejas en el mundo en desarrollo estan aún sin proteccion contra el embarazo no planificado. Los gobiernos y los donantes solos no pueden mantener todos los servicios de planificacion familiar que se necesitan en estas naciones. Es por lo tanto evidente que el sector privado, especialmente el sector privado con fines de lucro, debe ser estimulado a participar mas plenamente en el trabajo de planificacion familiar para suplementar las actividades de organizaciones privadas voluntarias/no gubernamentales (OPV/ONG). En muchos paises, el potencial del sector privado en el area siempre importante de planificacion familiar se mantiene virtualmente sin aprovechar

Financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Programa Enterprise de John Snow, Inc , en colaboracion con John Short and Associates (John Short y Asociados), Birch and Davis Inc y la Coverdale Organization, Inc. (Organizacion Coverdale, Inc), es una respuesta directa a este reto Los recursos del Programa Enterprise estan dirigidos a ayudar a las organizaciones privadas a iniciar o aumentar sus propios servicios voluntarios de planificacion familiar de alta calidad de efectividad de costos A las entidades con fines de lucro, y hasta cierto punto a las agencias sin fines de lucro, se les da apoyo en esfuerzos de cooperación bajo esta nueva iniciativa En todos los proyectos se hace gran enfasis en que el sector privado asuma los costos periodicos de los servicios de planificacion familiar.

Durante sus primeros dos años el Programa Enterprise ha provisto fondos para subproyectos cooperativos con entidades con fines de lucro y entidades sin fines de lucro en 12 paises. Las Industrias, fábricas, minas y plantaciones, incluyendo afiliados a importantes multinacionales, han sido los beneficiarios típicos El "Enterprise Program" tambien ha puesto en práctica tres talleres regionales del sector privado con la participacion de multiples paises, así como dos programas nacionales de capacitacion Se desarrollaran tres modulos de capacitacion para las entidades privadas durante el programa de cinco años de duración; y dos que ya han sido completados estan siendo probados en el campo. Un importante componente del programa sigue siendo la asistencia tecnica a misiones de la AID y organizaciones locales del sector privado en areas tales como la generacion de ingresos, la recuperacion de costos y el desarrollo de sistemas computarizados de informacion de administracion para instituciones de planificacion familiar Algunos veintidos paises se han beneficiado de tal asistencia técnica.

El módulo a continuación representa un esfuerzo por parte de muchos individuos tanto en su diseño como en las pruebas de campo Esperamos lo encuentren útil. Agradecemos sus comentarios y sugerencias respecto a cómo puede ser mejorado.

Joel Montague
Director del Proyecto

DESARROLLANDO SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS
Un módulo para ser utilizado por capacitadores en talleres para administradores

---

TABLA DE CONTENIDO

SECCION I: Una introducción al módulo.

SECCION II: El papel del sector comercial con fines de lucro en el desarrollo y la promoción de servicios de planificación familiar en las empresas

SECCION III: Los beneficios de la planificación familiar para el empleador, el empleado y el país

SECCION IV: La dinámica de población, el desarrollo socioeconómico y el sector con fines de lucro.

SECCION V: Introducción a la tecnología de los anticonceptivos y la promoción de los servicios de planificación familiar.

SECCION VI: Planificación, puesta en práctica, administración y evaluación de servicios de planificación familiar en las empresas.

SECCION VII: Desarrollando un plan de trabajo funcional.

EVALUACION: Evaluando el módulo.

SECCION I

UNA INTRODUCCION AL MODULO

DESARROLLANDO SERVICIOS DE

PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

Un módulo para ser utilizado por Capacitadores en Talleres para Administradores

SECCION I: UNA INTRODUCCION AL MODULO

Esta sección provee al usuario una "guía" para el manejo del módulo. Se explican los propósitos, objetivos, la audiencia y la forma en que se debe utilizar.

Propósitos del módulo

El módulo:

- esta diseñado para promover una mayor participación del sector privado en la provisión de servicios de planificación familiar como parte del paquete de beneficios de salud de una empresa.
- familiariza la administración y a los administradores de servicios de salud de fábricas con la mecánica de como planificar, ejecutar, administrar, evaluar y promover servicios de planificación familiar en las empresas.
- provee a los capacitadores, consultores, planificadores y organizadores de talleres, con una serie de materiales de referencia y de recursos, y actividades estructuradas y directrices para organizar y presentar talleres a empresarios, administradores y personal de servicios de la salud sobre planificación, ejecución, administración y evaluación de servicios de planificación familiar en las empresas.

Audiencia para el módulo

El módulo ha sido desarrollado para ser utilizado por organizadores de talleres, planificadores, capacitadores y consultores en la planificación y ejecución de talleres cortos de capacitación para una gama de personal del sector privado. Los posibles participantes en los talleres podrían incluír directores de recursos humanos, directores médicos y de enfermería, presidentes y directores de las corporaciones, gerentes, subgerentes, y directores administrativos de compañías comerciales, fabricas, minas y plantaciones. Cuando se utiliza la palabra fábrica o compañía, se tiene la intencion de comprender una gama de empresas privadas con fines de lucro.

Objetivos del módulo

Los organizadores, planificadores, consultores y capacitadores:

- podrán utilizar el modulo para diseñar y ejecutar programas cortos de capacitación para personal de administración de fábricas y de salud sobre el establecimiento y la operacion de servicios de planificación familiar en las empresas. Algunas secciones del módulo pueden ser fácilmente utilizadas en otros tipos de capacitacion para personal de salud y de planificación familiar.

Después de utilizar este módulo, los participantes del taller (personal de administración y de servicios de salud):

a. comprenderan el papel del sector privado con fines de lucro en la promoción y provision de servicios de planificación familiar en las empresas;

b. examinarán y compartiran experiencias y estaran concientes de los éxitos y fracasos de otros que han puesto en práctica servicios en las empresas;

c. examinaran los beneficios derivados del suministro de servicios de planificación familiar en las empresas;

d. revisarán varias opciones de anticonceptivos que pueden ser provistas a traves de servicios de planificación familiar en las empresas;

e. revisarán el papel de los esfuerzos para promover la aceptacion de servicios de planificacion familiar y examinaran varios enfoques de Información, Educación y Comunicaciones (IE&C) en el contexto de la fábrica;

f. identificarán puntos de decisiones en la planificación, ejecución y evaluación de servicios de planificacion familiar en las empresas;

g. prepararán planes de trabajo para establecer servicios de planificación familiar conjuntamente con los servicios de salud existentes en la fábrica o independientemente en su empresa.

Organización del módulo

.....La segunda sección describe el papel positivo que la empresa privada y el sector privado pueden tener y han jugado en la promoción y puesta en práctica de servicios de planificación familiar en las empresas;

.....En las tercera y cuarta secciones, se utilizan conceptos más abstractos, tales como los beneficios de la planificación familiar y de la dinámica de población, para desarrollar una exposicion razonada para la participacion de la empresa privada en el desarrollo y provisión de servicios de planificación familiar como parte del paquete de beneficios de la compañía. Los beneficios se discuten en términos de aquellos que son más inmediatos para el empleador, el empleado, y el país y aquellos que toman más tiempo en materializarse

.....La quinta sección es de naturaleza más técnica y presenta a la administración de la empresa información sobre varias opciones de anticonceptivos y enfoques de IE&C/promoción que pueden ser incluídas en servicios en las empresas

.....La sexta sección constituye el material nuclear del manual. En ella se identifican los puntos de toma de decisiones que un administrador o dueño de una fábrica debe considerar en la planificación de servicios de planificación familiar en la empresa. La discusión luego se enfoca sobre los pasos involucrados en la preparación, administración y evaluación de los servicios de planificación familiar.

.....En la última sección del manual, los participantes preparan un plan de trabajo para el establecimiento de servicios de planificación familiar en su lugar de trabajo.

Las premisas que han guiado el desarrollo del módulo, son:

- que los capacitadores que utilizan el manual son capacitadores experimentados; no se provee información sobre las técnicas de capacitación.

- que el capacitador querrá escoger de los materiales provistos en el manual y la referencia, dependiendo de la cantidad de tiempo disponible para el taller y las necesidades de los participantes;

- que el capacitador está conciente que la estructura de toma de decisiones varía entre organizaciones y entre países;

- que los participantes en talleres basados en el módulo estarán interesados y quizás incluso considerando el organizar servicios de planificación familiar en las empresas; y

- que los participantes en el taller no sabrán mucho acerca de las mecánicas de organizar servicios de planificación familiar en una fábrica o plantación.

Como utilizar el módulo

PARA CAPACITADORES, CONSULTORES Y ORGANIZADORES DE TALLERES

A pesar de que el contenido del módulo se "sugiere", hay una progresión lógica implícita en estas sugerencias. Las Secciones II, III y IV ayudan a preparar una razón fundamental para promover los servivios de planificación familiar a través del sector comercial. Como tal, estas secciones representan una buena base para las Secciones V y VI en las cuales se discute la tecnología de la contracepcion, las actividades de promocion de IE&C y las tareas que conlleva la preparacion de los servicios de planificacion familiar. Estas cinco secciones culminan en un ejercicio en la Seccion VII donde los participantes completan un plan de trabajo y una programación del tiempo para organizar servicios de planificacion familiar en sus empresas. En la misma forma que con los objetivos y las razones fundamentales, usted querra adaptar el contenido al contexto social y político en el cual la capacitacion habra de tener lugar.

Si usted esta preparando un taller de tres o cuatro días de duracion para personal de gerencia media y de salud, sugeririamos que repase todo el modulo y considere el utilizar lo que considere pertinente Si su audiencia consiste en personal de gerencia que aun no ha decidido organizar servicios de planificacion familiar, quizas quiera concentrarse mas en desarrollar un entendimiento de los beneficios que tales servicios pueden representar para la administracion y luego enfocar los detalles de lo que necesita ser considerado para organizar servicios en el lugar de trabajo. Si, por ejemplo, su publico es mayormente personal clinico, quizas quiera dedicar mas tiempo a repasar y actualizar su conocimiento de la tecnologia del anticonceptivo y menos tiempo en las primeras secciones del modulo Si tiene participantes que ya han decidido organizar servicios de planificacion familiar, entonces usted querra ir directamente a las ultimas secciones del manual y hacer enfasis en los detalles finales de la organizacion de servicios en empresas comerciales.

Si usted tiene menos tiempo que el que sugiere el manual, querra escoger partes del modulo, dependiendo del tiempo disponible. Debe mantener en mente que necesitara adaptar parte del material en el manual para que refleje la cultura y las practicas sociales contemporáneas, así como las actuales políticas nacionales de población. E especial, usted debe acopiar informacion actualizada sobre políticas gubernamentales específicas, datos sobre recientes encuestas de los anticonceptivos prevalecientes y recientes hallazgos en investigaciones sobre conocimientos, actitudes y estudios prácticos.

Para ayudarle...

.....**NOTAS DEL CAPACITADOR** (en papel blanco) se proveen en cada sección. Estas presentan objetivos y razones fundamentales de la sección; ambos son sólo sugerencias. Al utilizar el modulo en un taller, los objetivos pueden ser diferentes, dado el contexto cultural y político en el cual la capacitación ha de tener lugar y la audiencia que se va a capacitar.

.....Se incluyen los **PROCEDIMIENTOS** para presentar el contenido. Otra vez, la intención es sugerir como uno puede presentar el contenido del taller. Como los metodos de capacitación pueden ser culturalmente específicos, usted debe tomar en consideracion si un método específico es apropiado o no. El manual incluye charlas cortas y sugiere un numero de enfoques de participacion para presentar el contenido del taller.

.....Se enumeran los **MATERIALES y REFERENCIAS.** Se incluyen los materiales necesarios para presentar los ejercicios y las referencias del taller a las cuales usted querria volver para asistencia adicional, o hacia los cuales desearía dirigir a los participantes. **Los materiales del capacitador están impresos en papel blanco. Los materiales de los participantes están impresos en papel rosado.** Ya que la necesidad de informacion y el nivel de conocimientos de los participantes acerca de la tecnologia de los anticonceptivos puede variar, el grueso de esta informacion esta contenido en el juego de referencia. En el manual se proveen materiales resumidos apropiados para utilizar para repartir entre los participantes. Todas las referencias (en **papel azul**) anotadas en el manual están en el juego de referencias. A la vez usted debe identificar y revisar los recursos disponibles localmente para utilizar en cualquier capacitacion que usted provea

.....Las **ACTIVIDADES DE EVALUACION** se describen al final de cada sección del modulo. Es importante evaluar las actividades de capacitación a medida que se llevan a efecto. Se incluyen muestras de ejercicios de evaluación para ayudarle a usted a pensar en la evaluacion como parte integral de la capacitación. Se incluyen formularios especiales de evaluación para capacitadores y para participantes en la última sección del manual. Al Enterprise Program le gustaría saber las opiniones de los usuarios del manual y ha incluído una dirección a la cual pueden enviarse los formularios ya completados.

SECCION II

EL PAPEL DEL SECTOR COMERCIAL CON FINES DE LUCRO EN EL DESARROLLO Y PROMOCION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

TIEMPO SUGERIDO: 1 horas 30 minutos

Sección II: **EL papel del sector comercial con fines de lucro en el desarrollo y promoción de servicios de planificación familiar en las empresas**

Esta sección describe el papel del sector organizado, la administración, los empleados y los sindicatos en la promoción y desarrollo de servicios de planificación familiar en fabricas o en plantaciones.

NOTAS DEL CAPACITADOR

Objetivos para esta sección:

Después de haber completado las actividades de esta sección del manual, los participantes del taller habrán:

1. examinando la experiencia de otras organizaciones y empresas del sector privado en la promoción y desarrollo de servicios de planificación familiar en las empresas;

2. identificando elementos en comun en la participación del sector privado en los servicios de planificacion familiar a traves del análisis de estudios de caso seleccionados; y

3. desarrollando un mejor entendimiento del papel potencial que el sector privado organizado puede jugar en la adaptacion de servicios de planificación familiar a las necesidades locales (aplicaciones específicas a las fábricas) y en la inclusion de la comunidad a la que se da el servicio en la planificación y puesta en práctica de servicios.

Razones fundamentales:

El examen de experiencias de otras empresas del sector privado que han organizado servicios de planificación familiar es un primer paso importante en el logro de una mejor comprensión de las cuestiones generales relativas a la planificación, organización y administracion de tales programas. Al identificar y discutir elementos comunes de servicios de planificación familiar en las empresas, los participantes establecerán un marco de referencia para su uso al analizar su papel en la entrega de servicios de planificación familiar a los empleados y los pasos basicos a seguir en la organización de programas en fabricas o plantaciones.

PROCEDIMIENTOS

- **Presentación de diapositivas: El proyecto de planificación familiar del sector privado en Kenya.**

  Tiempo: 10 minutos (con narración del capacitador)

- **Charla de introducción:** Mayor atención en la participación del sector privado en la promoción de servicios de planificación familiar en las empresas.

  La presentación introduce y define el papel del sector comercial en apoyo al desarrollo y promoción de servicios de planificación familiar en las empresas.

  Tiempo: 15 minutos (por el capacitador)

- **Presentación de estudio de caso: Dos experiencias en fábricas**

  Los participantes leen y discuten estudios de caso de dos esfuerzos de países menos desarrollados que incluían el sector comercial en la organizacion, administracion y evaluación de servicios de planificación familiar en las empresas Cada estudio de caso esta acompañado de preguntas que dan pautas para la revision del caso por parte de los participantes, y una estructura para la discusión de los casos en grupo.

  Tiempo: 20 minutos en grupos pequeños

- **Discusión de estudio de caso e identificación de puntos**

  En cada discusión de sus casos de los grupos pequeños con el grupo mas grande, el capacitador llama la atención hacia un numero de cuestiones en comun que cualquier empresa va a tener que considerar en la organización, administracion y evaluacion de servicios de planificación familiar en las empresas mismas.

  Tiempo: 20 minutos

- **Evaluación**

Los participantes discuten y comparten ponencias escritas sobre el papel oue sus compañías jugarán al proveer servicios de planificación familiar.

Tiempo: 20 minutos

AL CAPACITADOR:

Un juego completo de materiales para el uso tanto del capacitador como de los participantes se encuentra en la Sección II a continuación.

PRESENTACION DE DIAPOSITIVAS:

APOYANDO PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL SECTOR PRIVADO EN KENYA

APOYANDO PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL SECTOR PRIVADO EN KENYA

#1 [Logo PFSP]

El Programa de Planificación Familiar del Sector Privado (PFSP) en Kenya da a las empresas y organizaciones del sector privado los recursos y la experiencia para ofrecer una completa gama de servicios de planificacion familiar y de salud materno-infantil. Los aportes del proyecto PFSP incluyen asistencia tecnica de administracion, capacitacion clinica, de administracion y de planificacion familiar, equipo clínico e insumos, y actividades de alcance comunitario Los usuarios de los servicios de planificacion familiar incluyen a empleados, los dependientes de los empleados, y miembros de la comunidad circundante

#2 [Mapa de Kenya]

Actualmente, más de 30 empresas y organizaciones del sector privado en Kenya están involucradas en la organizacion de servicios de planificación familiar en el recinto de fabricas, plantaciones de te y en zonas industriales Estos 30 subproyectos cubren areas de servicios que fluctuan en tamaño de 1,400 a 500,000 personas y cada uno está proyectado para atraer entre 200 a 12,000 receptores de planificación familiar. Los 30 subproyectos tambien representan mas de 125 nuevos lugares de servicios de planificacion familiar en areas donde previamente no existian servicios de este tipo.

#3 [Fábrica] y #4 [Trabajadores agrícolas]

Al reclutar organizaciones del sector privado para desarrollar subproyectos, el enfasis ha sido puesto en industrias del sector moderno de la economia. Las organizaciones del sector privado que participan en estos subproyectos incluyen fabricas, plantaciones, organizaciones religiosas, y grupos medicos privados. Un participante particularmente grande es Brooke Bond, que emplea aproximadamente a 26,000 trabajadores en sus fincas productoras de te, cafe, sisal, y de flores en todo el país. Otros subproyectos incluyen un numero de plantaciones de sisal, azucar y cajuil, una mina de espato en polvo, y fábricas productoras de papel, cerveza y cemento.

#5 [Mujeres y niños]

Hay un alto grado de interes por parte de organizaciones del sector privado en Kenya en la organización de servicios de planificación familiar en el lugar mismo. Con un actual crecimiento demográfico de aproximadamente cuatro por ciento (a esta tasa de crecimiento la población de Kenya se duplicará en menos de 20 años), muchos de los líderes empresariales de Kenya reconocen que es de interés económico del país proveer a las familias de medios para

reducir su fertilidad. Además, las organizaciones del sector privado de Kenya otorgan beneficios a sus empleados, los cuales se hacen más caros a medida que la familia del empleado crece en tamaño.

#6 [Grupos de niños] y #7 [Viviendas familiares]

Estos beneficios incluyen la licencia de maternidad (requerido por la ley), licencia por enfermedad, cuidado infantil diurno, escuela maternal, vivienda, y servicios médicos. Los administradores han reconocido que probablemente es menos caro proveer a los empleados los medios para espaciar el nacimiento de sus hijos y de limitar, posiblemente, el tamaño de su familia, que restringir su acceso a los servicios de planificacion familiar.

#8 [Hombres al frente de clínicas de las compañías]

Un prerequisito para lograr los fondos del FPPS es que la organización de servicios de salud a sus empleados y a los dependientes de sus empleados Esto provee una base sobre la cual se pueden agregar servicios de planificacion familiar de alta calidad Además, las posibles organizaciones participantes deben comprometerse a continuar el programa al final del período de dos años de provision de fondos.

#9 [Clínica bajo construcción]

El personal del proyecto trabaja individualmente con cada subproyecto para desarrollar un complemento de aportes que mejor se ajusten a las necesidades del area de poblacion a que se está sirviendo. En Kenya Flourspar, los fondos del proyecto estan siendo utilizados para construír una nueva clínica donde se proveerán servicios de planificación familiar y de salud materno/infantil. En este lugar, la clínica estará abierta a todos los miembros de la comunidad circundante, ya que las instalaciones de salud son escasas y la población está ampliamente dispersa.

#10 [Enfermera, médico y grupo de pacientes]

En otros lugares, se utiliza un mayor porcentaje de recursos para capacitar personal médico y de enfermería en la entrega de servicios de planificación familiar. En la Clínica Africa Highland Tea Estate en Kericho, una enfermera y un médico dan informacion acerca de los métodos de planificacion familiar a los pacientes de planificacion familiar y salud materno/infantil

#11 [Mujeres y niños frente a una clínica]

En la mayoría de los lugares de subproyectos, se trata de integrar completamente la planificación familiar con la salud materno/infantil. Esto facilita mas a las ocupadas madres a ser vistas para todas sus necesidades en una sola visita y tambien evitar la exposición innecesaria de los tímidos receptores de planificación familiar.

#12 [Cuadro de derechos y responsabilidades]

En todos los lugares, se pone énfasis en dar servicios de alta calidad que sean apropiados a las necesidades de los pacientes individuales.

#13 [Mujeres y enfermera]

A los pacientes de planificación familiar se les provee asesoría individual y existen procedimientos de seguimiento para asegurar que los problemas sean minimizados. En la Clínica Kenya Canners, la enfermera explica como funciona un DIU utilizando un modelo pelvico.

#14 [Cuadro de Voi Sisal]

En algunos lugares de subproyectos hay una larga demanda "acumulada" de servicios de planificacion familiar. Tan pronto los servicios estan disponibles muchas mujeres corren a la clínica, como es el caso de la Estancia Voi de Sisal.

#15 [Cuadro de Nzoia]

En otros lugares, el aumento de la demanda es más gradual. Después que la demanda inicial se ha satisfecho, cualesquiera aumentos grandes son el resultado de un programa exitoso de Informacion, Educación y Comunicacion (IE&C).

#16 [Grupo de personas]

En muchos lugares, las actividades de IE&C se basan en el concepto de participación comunitaria. Los trabajadores de IE&C estan capacitados para evaluar las necesidades de sus comunidades y responder de acuerdo a ello. En la Compañía Azucarera Nzoia, por ejemplo, los comités IE&C estan siendo utilizados para planificar actividades populares en los medios de comunicacion con la asistencia de un consultor especializado quien les ayuda a orientar a escritores de guiones a escribir sobre temas de la salud, la nutricion y la planificación familiar, a seleccionar y dirigir elencos y a planificar actividades de seguimiento y representaciones.

#17 [Tres muchachos en un micrófono]

Estos medios populares, incluyendo canciones, bailes, poesía y drama, se están utilizando como métodos para informar a grandes multitudes, especialmente publico analfabeto, acerca de los beneficios de la planificacion familiar. Grandes multitudes estuvieron presentes en la Empresa Azucarera Nzoia para ver estas presentaciones que incluyeron coros escolares, bailarines tradicionales, y empleados de la compañía.

#18 [Grupos de artistas]

Otro proyecto interesante es el uso de trabajos artísticos desarrollados por artistas de Kenya para promover la planificación familiar. Fueron seleccionados destacados artistas locales a quienes se les informó de las cuestiones y mensajes relativos a la planificación familiar que el programa busca destacar a traves de afiches, panfletos y el uso de camisetas Se les pidio a los artistas traducir estos mensajes en afiches y posteriormente se llevaron sus interpretaciones a un taller de seguimiento Se revisaron todos los trabajos artísticos y los artistas compartieron sus ideas respecto a que cambiar, mejorar y enfatizar.

#19 [Un artista]

Sus productos fueron probados previamente con trabajadores en lugares de subproyectos para determinar si los afiches eran apropiados. Luego se les informo a los artistas sobre los cambios que debían hacerse a los afiches mas prometedores. Los afiches que fueron seleccionados fueron exhibidos en Nairobi y en los lugares de subproyectos. Se ha organizado una exposicion ambulante para ayudar al publico a hablar acerca de temas de planificacion familiar, controversias y problemas.

#20 [Libro del artista]

También se preparó un folleto describiendo el proceso de desarrollo del trabajo artístico.

#21 y #22 [2 afiches]

Estas son dos de las pinturas que han sido plasmadas en afiches y distribuídas a otras clínicas de planificación familiar en todo el país.

CHARLA:

MAYOR ATENCION SOBRE LA PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EN LA PROMOCION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EN LA PROMOCION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los servicios de salud preventiva y de promoción en los países en desarrollo, generalmente han sido vistos como servicios que deben ser provistos por los gobiernos a los ciudadanos en base subsidiada o gratis si las tasas de morbilidad y mortalidad han de disminuirse Los servicios de planificacion familiar (o mas exactamente, los servicios de anticonceptivos) han sido considerados como parte del sistema general de salud preventiva y publica Como resultado de ello, desde su inicio, la inmensa mayoría de los programas de planificación familiar auspiciados por el estado en países en desarrollo han provisto servicios gratis o subsidiados de anticonceptivos a las parejas que deciden utilizarlos. Tres premisas formaron la base original para la politica de servicios gratis de anticonceptivos· (1) la fertilidad reducida presenta beneficios para la sociedad en general, (2) la mayoría de las parejas ignoran la tecnología del anticonceptivo, no saben como utilizar los anticonceptivos modernos, o no tienen acceso a los medios para limitar sus familias; y (3) los bajos niveles de remuneración y los ingresos per capita extremadamente bajos en los países en desarrollo, limitan severamente las posibilidades de las parejas de comprar anticonceptivos.

Con la modernizacion económica y el desarrollo de la informacion y la tecnología de la planificacion familiar, la provision esta facilmente disponible, las parejas son mas conocedoras de los anticonceptivos, los ingresos han aumentado en general, y el grado de modernizacion en la mayoria de las sociedades ha aumentado drásticamente en el transcurso de los ultimos 25 años Sin embargo, este aumento de la demanda ha ocurrido a medida que la disponibilidad de recursos de planificacion gubernamentales y de organizaciones donantes se ha mantenido estatica o ha disminuido La respuesta a este desequilibrio requiere una cuidadosa evaluacion de la demanda y disponibilidad de los servicios de planificacion familiar, la identificación y el análisis del servicio, disponibilidad, y brechas de recursos humanos y sus causas y los enfoques creativos para satisfacer la demanda en forma economica y eficaz **Uno de estos enfoques es la inversión del sector privado en la organizacion de servicios de planificación familiar en las fábricas o las plantaciones.**

Si el sector privado ha de extender su actividad, debe existir la demanda y la disposición de pagar por los servicios, y/o el sector privado debe estar convencido de los beneficios netos que obtienen al proveer planificación familiar a sus empleados Una de las metas principales de este manual (taller) es examinar una gama de experiencias del sector privado para identificar las cuestiones de la planificacion y las limitaciones a la participación del sector privado para asumir una gran porcion de la actual tarea gubernamental de proveer a los empleados el acceso a servicios de planificacion familiar.

Las actividades de las instalaciones de Brooke Bond, la Compañía Azucarera de Nzoia y Lever Brothers en Kenya y la asistencia dada a ellos por el **Programa de Planificación Familiar del Sector Privado de Kenya**, destacada en la presentación de diapositivas al inicio de esta sección, son ejemplos de programas exitosos de las compañías azucareras, las cervecerías y las plantaciones de té del sector privado. Existen muchas otras oportunidades. Por ejemplo, programas de salud de sindicatos o empleados, componentes de salud de paquetes de servicios cooperativos, y grupos locales de medicos se estan haciendo más presentes en algunos paises en desarrollo y pueden servir como marcos ideales para la entrega de servicios de planificacion familiar. Actualmente los servicios de anticonceptivos generalmente no están disponibles a traves de estos grupos. Esto es particularmente cierto respecto a los métodos más efectivos los dispositivos intrauterinos y la esterilizacion, pero se aplica a los métodos de reabastecimiento tambien. La solución a este problema relativamente nuevo ha sido el iniciar actividades de planificacion familiar en el sector de corporaciones y el sector privado para poder suplir las nuevas demandas creadas.

La accesibilidad es naturalmente el elemento clave en la entrega de planificacion familiar No está del todo claro que la actual mezcla de proveedores de servicios maximiza el acceso a los servicios de planificacion familiar, o provee el medio mas efectivo en cuanto a costos para satisfacer la demanda de planificación familiar entre los pobres o las parejas de la creciente clase trabajadora en los paises en desarrollo. La limitada experiencia con que se cuenta a la fecha demuestra que la planificacion familiar con base en las empresas puede aumentar tanto la accesibilidad como las posibilidades de seguimiento

La reciente experiencia en el mundo en desarrollo ha demostrado que las entidades con fines de lucro ocasionalmente tienen costos unitarios menores, enfatizan la administracion y la eficacia en la entrega de servicios, hacen enfoque hacia grupos de mas alto nivel de ingresos, y dirigen sus productos hacia el segmento mas rentable del mercado en vez de hacia los grupos mas necesitados También aprecian la necesidad de controles financieros que reduzan los costos y aumenten las ganancias, y, probablemente más importante aun, comprenden y utilizan las fuerzas del mercado para promover sus productos y generar beneficios. El espíritu empresarial representado en las empresas exitosas del sector privado no puede ser subestimado El empresariado se caracteriza por su persistencia, su adaptabilidad y su control financiero, tres de los elementos críticos para el dominio de los principios de mercadeo para lograr objetivos sociales tales como la planificacion familiar Por otro lado, el enfoque empresarial puede incluir una falta de incentivo para educar e informar a los clientes de sus opciones de planificación familiar y los efectos colaterales de cada una de ellas Mas aun, los empresarios privados son mucho menos sensibles al costo fisico que disuade a los consumidores y se preocupan menos de tales asuntos porque el reconocer tales dificultades probablemente disminuiría sus beneficios.

Una oportunidad para cerrar las brechas que existen entre la demanda y la oferta de anticonceptivos es la expansión y mejora de la entrega de servicios. El papel del sector privado en la provision de

planificación familiar en los países menos desarrollados es potencialmente muy grande. Requiere estímulo y quizas algunas ideas y enfoques novedosos

De la experiencia privada a la fecha, esta bastante claro que aun queda mucho por aprender acerca de la provisión de servicios de planificacion familiar eficaces y efectivos. Los dos estudios de caso que se presentan a continuación en este manual ofrecen sugerencias positivas para que las empresas establezcan y extiendan los servicios, así como para vincular tanto la mano de obra como a los empleados/clientes en la entrega de servicios de anticonceptivos y educacion respecto al bienestar familiar

[NOTA AL CAPACITADOR: Usted puede querer agregar ejemplos de otras actividades de planificación familiar del sector privado que sean específicas del país o de la región. Además, el artículo "Tapping Private Industry" citado en las referencias para esta sección describe actividades del sector privado en varios países.]

ESTUDIOS DE CASOS:

DOS EXPERIENCIAS EN FABRICAS

ESTUDIO DE CASO: INDUSTRIAS UNIDAS, S.A. (MEXICO)

Industrias Unidas, S. A. opera una importante fábrica en Pasteje, Estado de Mexico, unas 75 millas distante de Ciudad México Los productos fabricados por Industrias Unidas, S.A. (IUSA) incluyen desde cremalleras y bolígrafos a teléfonos y piezas para aviones IUSA emplea a un total de mas de 9,000 personas en varios lugares, con mác o menos la mitad de su fuerza de trabajo femenina El complejo EPQ en Pasteje tiene 6,000 empleados. De estos, la mitad son mujeres y la mayoria de ellas son relativamente jovenes - 18 a 25 años de edad - y extraidas del area circundante La mayoria pertenece a grupos rurales nativos demograficamente caracterizados por altas tasas de natalidad.

Desde su inicio, el Complejo EPQ en Pasteje ha provisto servicios de salud/medicos y de seguridad a sus trabajadores Todos los servicios han sido provistos dentro de las normas establecidas por el Gobierno Federal de Mexico Debido a la distancia del lugar de la fábrica, el acceso a otros servicios de salud y médicos requería largos viajes o licencias

En años recientes la administracion del Complejo EPQ ha mantenido registros detallados de las tasas de embarazo. Estos registros (desde 1983 a 1986) presentan el total de horas perdidas, basado en la ley mexicana que establece que la mujer tiene derecho a licencia de 90 días por maternidad (45 antes y 45 despues del parto). Como muestra la Tabla I, la tasa promedio de embarazos para estos cuatro años es de un 11.68% de la fuerza laboral femenina por año.

TABLA I

CIFRAS COMPARATIVAS DE EMBARAZOS LLEVADOS A TERMINO DURANTE LOS ULTIMOS 4 ANOS

Año	Prom. # muj. de edad reprod. en la compañia	Embarazos llevados a términos	% de # total mujeres % de # total mujeres	Días de licenica de embarazo	Horas hombre perdidas	Diferencia de año a año
1983	2,152	284	13.20%	25,560	204,480	
1984	2,005	223	11.12%	20,070	160,560	43,920(+)
1985	2,400	260	10.86%	23,400	187,200	26,640(-)
1986	2,845	331	11.57%	29,790	238,320	51,120(-)
11/86 -3/87	2,031	135	4.76%	12,150	97,120	

Fuente: EPQ, IUSA 1987

La Tabla dos presenta las cifras en horas/hombre perdidas y multiplica esta cifra por el salario mexicano mínimo para alcanzar una cifra en pesos de 37,000,000 de costo a la compañía por el tiempo perdido. Bajo la ley mexicana, la compañía les paga a las empleadas licencia de maternidad, con una cifra cuantificable resultante que la administración considero mínima en relación a los otros costos que estan por ser cuantificados. Estos incluyen costos de capacitacion y reemplazo de empleadas, perdida de productividad como resultado de la licencia, costos adicionales de contabilidad relacionados con la supervision de empleados temporales que deben ser despedidos y contratados nuevamente despues de 89 dias de trabajo.

TABLA II

MUJERES QUE MANTUVIERON SU EMBARAZO HASTA SU TERMINO Y RECIBIERON LA CORRESPONDIENTE LICENCIA DE 90 DIAS SEGUN LO ESPECIFICA LA LEY MEXICANA

Mes	Total mujeres en la compañia	Embarazos llevados a término		Porcentaje mensual	Porcentaje mensual para este periodo de 5 meses	Total de horas/h por mes
11/86	2,794	20		0.71	0.95	14,400
12/86	2,714	29		1.06	0.885	20,880
1/87	2,748	27		0.98	0.916	19,440
2/87	2,827	30		1.06	0.952	21,600
3/87	3,075	29		0.94	0.95	20,880
		T.135	PM.27			97,880

NOTA: Días de licencia otorgados por ley durante el mes de marzo = 12,140

Horas/hombre promedio perdidas por mes = 19,424

Estas cifras representan una pérdida financiera real, basada en el salario mínimo, de M$ 37,000,000.

Acción de la administración

La administración de IUSA estableció un componente IE&C en 1983 para ser incluído en su programa de capacitación de 90 días para empleados entrantes. A la vez de lograr un modesto grado de exito con el componente IE&C, la conciencia de la compañía respecto a los costos y problemas asociados con los embarazos de las empleadas les llevó a organizar un programa mas agresivo en 1986-87.

La administración de la compañia decidio establecer un programa piloto de planificacion familiar dentro del area general de salud materno-infantil y prosperidad de la familia Esta combinación de factores (ej. prosperidad de la familia y progreso de la compañía) es la base de una nueva gama de servicios ofrecidos por IUSA. Este programa comenzó con una decision de agregar cierta remodelacion a las instalaciones existentes. A medida que crecen las nececidades y demandas del personal, la administracion puede agrandar las facilidades.

El programa de planificación familiar es un programa bien organizado que sirve a la poblacion trabajadora de EPQ. Los objetivos del programa son tridimensionales:

- Establecer, en el complejo EPQ, un programa de planificacion familiar que permita una reduccion de la tasa de natalidad de un 10.2% a 5% dentro del plazo de dos años.

- Reducir la perdida de horas/hombre relacionadas con las licencias de maternidad, etc., en aproximadamente un 50%.

- Demostrar los beneficios de los proyectos de planificación familiar a las familias y la rentabilidad que esto conlleva para las compañías.

El programa refleja los objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar que afirma que "su exito depende en gran parte de la activa participacion de las varias organizaciones e instituciones de los sectores publico y privado, porque solamente así puede la población estar unida a las acciones que se derivan del Programa". Si este programa piloto prueba ser un exito, tendra un efecto multiplicador en las otras fabricas de IUSA, y, dado el prestigio de IUSA, quizas en el resto del pais.

Actividades educativas

Actividades existentes de IE&C relativas al programa de planificacion familiar han sido incorporadas al sistema de capacitacion actual del complejo. La informacion y educacion sobre planificacion familiar son parte del sistema de capacitacion en el área de la salud ofrecido a todas las divisiones de IUSA. Las siguientes actividades de planificacion familiar han sido desarrolladas·

(a) Un curso mensual (12 al año) de 8 sesiones (2 por semana) ofrecido a un grupo mixto de 70 a 90 personas, la mayoría de las cuales tienen veinte años, en la Escuela de Precapacitacion del Complejo Industrial Estos doce cursos estan diseñados para que lleguen a todos los nuevos empleados al nivel de los trabajadores. Ningun trabajador se inicia en EPQ sin antes haber pasado por esta escuela de precapacitacion industrial.

(b) Tres cursos de planificacion familiar al año para el nuevo personal tecnico. Estos cursos son de doce sesiones cada uno y tienen una duración de un mes y medio. Cada curso es para clases mixtas de 30 a 40 personas que están en el nivel profesional o semiprofesional.

(c) Dos cursos de planificacion al año para aquellos estudiantes inscritos en la escuela secundaria tecnica de la compañia Estos cursos constan de 12 sesiones cada uno y tienen una duracion de un mes y medio. Cada curso es para clases mixtas de 35 jovenes de ambos sexos que estan en su último año de secundaria y la mayoría de los cuales seran empleados de IUSA una vez se graduen

Estas actividades educativas de planificacion familiar son apoyadas y complementadas por los esfuerzos educativos y de información de un trabajador social que sirve de enlace entre las ofertas de educación y los servicios. El papel del trabajador social de dar asesoría privada es central para la continuación y la evaluación del proyecto.

Provisión de servicios

El programa provee una gama completa de servicios de planificación familiar ofrecidos de acuerdo a la política de poblacion del Programa Nacional de Planificación Familiar. Los metodos ofrecidos incluyen la inserción de dispositivos intrauterinos, distribución de anticonceptivos, y asesoria para la planificacion familiar por el método natural. Los clientes que están interesados en una minilaparotomía o vasectomía se refieren al Hospital del Seguro Social en Toluca, o a la Clinica MEXFAM en la misma ciudad.

El programa ha fortalecido la instalación de salud de la compañía con un medico, un asistente de enfermería y un trabajador social. Este personal está completamente dedicado al programa piloto y su presencia contribuye al desarrollo de la educacion, los servicios y la continua evaluación.

Organización de los servicios

El proyecto está encabezado por un médico responsable de todas las actividades relacionadas con la salud en EPQ. Un Director de Operaciones del Proyecto. Un ginecólogo-obstetra con experiencia en programas de planificación familiar y conocimiento del contexto sociocultural de la mayoria de la poblacion del complejo industrial, es responsable de las actividades de planificacion familiar Un asistente de enfermeria es responsable de las actividades clinicas.

El Director de Operaciones es asistido, en la puesta en practica de las actividades sociales y educativas por una trabajadora social, quien es responsable de la promocion de la planificacion familiar y la asesoría personal Su enlace entre las actividades educativas y los servicios clinicos es muy importante, dado el contexto rural-indígeno de la población de la fabrica Una importante parte del trabajo de la trabajadora social es la evaluacion. Ella ayuda al Director de Operaciones con el muestreo, las encuestas, las estadísticas, etc

Actividades de evaluación

Dado que el programa de IUSA es un programa de salud y de planificacion familiar que afecta al individuo, a la familia y a la comunidad, y dado que este es un programa piloto que enlaza estos servicios al ahorro de costos de la compañía, la evaluación constante del programa será complementada por un examen de la rentabilidad para la compañía de un eficaz programa de planificacion familiar.

IUSA solicitó ayuda externa con el diseño de un proceso continuo de evaluación para recopilar los datos necesarios para cumplir con los requerimientos de un modelo que pudiera ser duplicado en otras instalaciones.

Preguntas para discusión

1. ¿Por qué Industrias Unidas, S. A. decidió extender sus servicios de planificación familiar más alla de los esfuerzos del IE&C?

2. ¿Mantiene su compañía datos sobre los costos de los embarazos de las empleadas? ¿Ha podido usted cuantificar los costos de las licencias por maternidad? ¿El reemplazo y la capacitacion de los empleados? ¿La perdida general de productividad?

3. ¿Que valor cree usted que la administracion de IUSA logro del dialogo con sus empleados antes de organizar un programa piloto de planificacion familiar?

4. IUSA decidio poner gran enfasis en la educacion ¿Dónde pondría usted el énfasis en su empresa? ¿IE&C? ¿Dando servicios de anticonceptivos? ¿Otros?

ESTUDIO DE CASO: INDUSTRIAS UNIDAS, S.A. (MEXICO)

Industrias Unidas, S. A. opera una importante fábrica en Pasteje, Estado de Mexico, unas 75 millas distante de Ciudad Mexico. Los productos fabricados por Industrias Unidas, S.A. (IUSA) incluyen desde cremalleras y bolígrafos a telefonos y piezas para aviones IUSA emplea a un total de mas de 9,000 personas en varios lugares, con más o menos la mitad de su fuerza de trabajo femenina El complejo EPQ en Pasteje tiene 6,000 empleados. De estos, la mitad son mujeres y la mayoria de ellas son relativamente jovenes - 18 a 25 años de edad - y extraídas del area circundante. La mayoría pertenece a grupos rurales nativos demograficamente caracterizados por altas tasas de natalidad.

Desde su inicio, el Complejo EPQ en Pasteje ha provisto servicios de salud/médicos y de seguridad a sus trabajadores. Todos los servicios han sido provistos dentro de las normas establecidas por el Gobierno Federal de Mexico. Debido a la distancia del lugar de la fábrica, el acceso a otros servicios de salud y médicos requería largos viajes o licencias.

En años recientes la administracion del Complejo EPQ ha mantenido registros detallados de las tasas de embarazo. Estos registros (desde 1983 a 1986) presentan el total de horas perdidas, basado en la ley mexicana que establece que la mujer tiene derecho a licencia de 90 días por maternidad (45 antes y 45 después del parto). Como muestra la Tabla I, la tasa promedio de embarazos para estos cuatro años es de un 11.68% de la fuerza laboral femenina por año.

TABLA I

CIFRAS COMPARATIVAS DE EMBARAZOS LLEVADOS A TERMINO DURANTE LOS ULTIMOS 4 ANOS

Año	Prom. # muj. de edad reprod. en la compañia	Embarazos llevados a terminos	% de # total mujeres % de # total mujeres	Días de licenica de embarazo	Horas hombre perdidas	Diferencia de año a año
1983	2,152	284	13.20%	25,560	204,480	
1984	2,005	223	11.12%	20,070	160,560	43,920(+)
1985	2,400	260	10.86%	23,400	187,200	26,640(-)
1986	2,845	331	11.57%	29,790	238,320	51,120(-)
11/86 -3/87	2,031	135	4.76%	12,150	97,120	

Fuente: EPQ, IUSA 1987

La Tabla dos presenta las cifras en horas/hombre perdidas y multiplica esta cifra por el salario Mexicano mínimo para alcanzar una cifra en pesos de 37,000,000 de costo a la compañía por el tiempo perdido. Bajo la ley mexicana, la compañía les paga a las empleadas licencia de maternidad, con una cifra cuantificable resultante que la administración consideró mínima en relacion a los otros costos que están por ser cuantificados. Estos incluyen costos de capacitacion y reemplazo de empleadas, perdida de productividad como resultado de la licencia, costos adicionales de contabilidad relacionados con la supervision de empleados temporales que deben ser despedidos y contratados nuevamente despues de 89 días de trabajo

TABLA II

MUJERES QUE MANTUVIERON SU EMBARAZO HASTA SU TERMINO Y RECIBIERON LA CORRESPONDIENTE LICENCIA DE 90 DIAS SEGUN LO ESPECIFICA LA LEY MEXICANA

Mes	Total mujeres en la compañia	Embarazos llevados a término		Porcentaje mensual	Porcentaje mensual para este período de 5 meses	Total de horas/h por mes
11/86	2,794	20		0.71	0.95	14,400
12/86	2,714	29		1.06	0.885	20,880
1/87	2,748	27		0.98	0.916	19,440
2/87	2,827	30		1.06	0.952	21,600
3/87	3,075	29		0.94	0.95	20,880
		T.135	PM.27			97,880

NOTA: Días de licencia otorgados por ley durante el mes de marzo = 12,140

Horas/hombre promedio perdidas por mes = 19,424

Estas cifras representan una pérdida financiera real, basada en el salario mínimo, de M$ 37,000,000.

Acción de la administración

La administración de IUSA estableció un componente IE&C en 1983 para ser incluído en su programa de capacitación de 90 días para empleados entrantes. A la vez de lograr un modesto grado de éxito con el componente IE&C, la conciencia de la compañia respecto a los costos y problemas asociados con los embarazos de las empleadas les llevó a organizar un programa mas agresivo en 1986-87

La administracion de la compañía decidió establecer un programa piloto de planificacion familiar dentro del area general de salud materno-infantil y prosperidad de la familia. Esta combinacion de factores (ej. prosperidad de la familia y progreso de la compañía) es la base de una nueva gama de servicios ofrecidos por IUSA. Este programa comenzó con una decision de agregar cierta remodelacion a las instalaciones existentes A medida que las necesidades y demandas del personal crece, la administracion puede agrandar las facilidades.

El programa de planificación familiar es un programa bien organizado que sirve a la poblacion trabajadora de EPQ. Los objetivos del programa son tridimensionales.

- Establecer, en el complejo EPQ un programa de planificación familiar que permita una reducción de la tasa de natalidad de un 10.2% a 5% dentro del plazo de dos años.

- Reducir la pérdida de horas/hombre relacionadas con las licencias de maternidad, etc., en aproximadamente un 50%.

- Demostrar los beneficios de los proyectos de planificación familiar a las familias y la rentabilidad que esto conlleva para las compañías.

El programa refleja los objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar que afirma que "su exito depende en gran parte de la activa participacion de las varias organizaciones e instituciones de los sectores publico y privado, porque solamente asi puede la población estar unida a las acciones que se derivan del Programa". Si este programa piloto prueba ser un éxito, tendra un efecto automultiplicador en las otras fabricas de IUSA, y, dado el prestigio de IUSA, quizas en el resto del país.

Actividades educativas

Actividades existentes de IE&C relativas al programa de planificación familiar han sido incorporadas al sistema de capacitacion actual del complejo. La información y educacion sobre planificación familiar son parte del sistema de capacitación en el área de la salud ofrecido a todas las divisiones de IUSA. Las siguientes actividades de planificacion familiar han sido desarrolladas:

(a) Un curso mensual (12 al año) de 8 sesiones (2 por semana) ofrecido a un grupo mixto de 70 a 90 personas, la mayoría de las cuales están en sus años veinte, en la Escuela de Precapacitación del Complejo Industrial Estos doce cursos estan diseñados para que lleguen a todos los nuevos empleados al nivel de los trabajadores. Ningun trabajador se inicia en EPQ sin antes haber pasado por esta escuela de precapacitacion industrial.

(b) Tres cursos de planificación familiar al año para el nuevo personal técnico Estos cursos son de doce sesiones cada uno y tienen una duración de un mes y medio Cada curso es para clases mixtas de 30 a 40 personas que están en el nivel profesional o semiprofesional.

(c) Dos cursos de planificación al año para aquellos estudiantes inscritos en la escuela secundaria tecnica de la compañia Estos cursos constan de 12 sesiones cada uno y tienen una duracion de un mes y medio. Cada curso es para clases mixtas de 35 jovenes de ambos sexos que estan en su ultimo año de secundaria y la mayoría de los cuales seran empleados de IUSA una vez se graduen.

Estas actividades educativas de planificación familiar son apoyadas y complementadas por los esfuerzos educativos y de información de un trabajador social que sirve de enlace entre las ofertas de educación y los servicios. El papel del trabajador social de dar asesoría privada es central para la continuación y la evaluación del proyecto.

Provisión de servicios

El programa provee una completa gama de servicios de planificación familiar ofrecidos de acuerdo a la política de poblacion del Programa Nacional de Planificacion Familiar Los metodos ofrecidos incluyen la insercion de dispositivos intrauterinos, distribución de anticonceptivos, y asesoria para la planificacion familiar por el método natural. Los clientes que estan interesados en una minilaparotomía o vasectomia se refieren al Hospital del Seguro Social en Toluca, o a la Clínica MEXFAM en la misma ciudad.

El programa ha fortalecido la instalación de salud de la compañía con un médico, un asistente de enfermería y un trabajador social. Este personal está completamente dedicado al programa piloto y su presencia contribuye al desarrollo de la educación, los servicios y la continua evaluación.

Organización de los servicios

El proyecto esta encabezado por un médico responsable de todas las actividades relacionadas con la salud en EPQ. Un Director de Operaciones del Proyecto, un ginecólogo-obstetra con experiencia en programas de planificación familiar y conocimiento del contexto sociocultural de la mayoría de la población del complejo industrial es responsable de las actividades de planificacion familiar. Un asistente de enfermería es responsable de las actividades clínicas.

El Director de Operaciones es asistido, en la puesta en practica de las actividades sociales y educativas, por una trabajadora social, quien es responsable de la promocion de la planificación familiar y la asesoría personal. Su enlace entre las actividades educativas y los servicios clinicos es muy importante dado el contexto rural-indígeno de la poblacion de la fabrica. Una importante parte del trabajo de la trabajadora social es la evaluación. Ella ayuda al Director de Operaciones con el muestreo, las encuestas, las estadísticas, etc.

Actividades de evaluación

Dado que el programa de IUSA es un programa de salud y de planificacion familiar que afecta al individuo, a la familia y a la comunidad, y dado que este es un programa piloto que enlaza estos servicios al ahorro de costos de la compañía, la evaluación constante del programa será complementada por un examen de la rentabilidad para la compañía de un eficaz programa de planificacion familiar.

IUSA solicito ayuda externa para el diseño de un proceso continuo de evaluación para recopilar los datos necesarios para cumplir con los requerimientos de un modelo que pudiera ser duplicado en otras instalaciones.

Preguntas para discusión

1. ¿Por qué Industrias Unidas, S. A. decidió extender sus servicios de planificación familiar más allá de los esfuerzos del IE&C?

2. ¿Mantiene su compañía datos sobre los costos de los embarazos de las empleadas? ¿Ha podido usted cuantificar los costos de las licencias por maternidad? ¿El reemplazo y la capacitación de los empleados? ¿La perdida general de productividad?

3. ¿Que valor cree usted que la administración de IUSA logro del diálogo con sus empleados antes de organizar un programa piloto de planificacion familiar?

4. IUSA decidió poner gran énfasis en la educacion. ¿Dónde pondría usted el enfasis en su empresa? ¿IE&C? ¿Dando servicios de anticonceptivos? ¿Otros?

ESTUDIO DE CASO: FABRICA DE TEXTILES BURSA MERINO (TURQUIA)

La Fábrica de Textiles Bursa Merino (BMTF) es una de las mas antiguas empresas manufactureras de textiles en Turquía Esta localizada en la ciudad de Bursa, un importante centro industrial con una poblacion de un millon. BMTF emplea aproximadamente a 3,200 empleados, 800 de estos son mujeres. La fabrica esta dividida en cuatro unidades de produccion· tejido, hilado, peinado y la confección. Las mujeres estan empleadas en todas las unidades excepto en la de la confeccion de prendas de vestir La fabrica opera en base a 24 horas con tres turnos 8 00 - 16 00, 16 00 - 24 00, 24 00 - 8:00. Los empleados trabajan ocho horas diarias, seis dias a la semana. Los trabajadores estan divididos en grupos por turnos y los turnos rotan cada semana

En 1981 se le pidio a BMTF que participara en un programa de investigacion sobre la planificación familiar patrocinado por el Departamento de Salud Publica de la Universidad de Hacettepe Se selecciono a BMTF principalmente basado en la disposicion de la administración de la fabrica en cooperar dando el espacio en la fábrica para la clinica de planificación familiar y permitiendo a los trabajadores asistir a las reuniones de educacion sobre planificacion familiar.

El proposito del programa era aumentar el numero de usuarios de anticonceptivos modernos, particularmente el dispositivo intrauterino (una prioridad gubernamental) Los investigadores querían determinar si las supervisoras de linea de produccion que estaban entrenadas en planificacion familiar tendrian tambien tanto éxito como los educadores profesionales de la salud motivando a los empleados para que usen metodos anticonceptivos mas efectivos Al utilizar supervisoras de línea de produccion como motivadores se haria mas factible para las empresas privadas proveer y promover servicios de planificación familiar, los educadores de salud capacitados son escasos y caros en Turquía.

Al principio del programa, una encuesta en la base fue llevada a cabo para determinar el uso de anticonceptivos entre las mujeres que trabajaban en la fabrica Los resultados de la encuesta indicaron que la práctica del uso de anticonceptivos es bastante alta entre las mujeres trabajadoras pero metodos menos efectivos (tales como la interrupcion del coito y los espermicidas) eran utilizados por la mayoría de las mujeres Las tasas de fallo de los anticonceptivos (según fuera evidenciado por el gran numero de abortos) eran altas entre este grupo.

Antes del inicio del programa de investigación, los servicios de planificación familiar eran provistos en tres clínicas de planificación familiar del Ministerio de Salud y Asistencia Social en la ciudad de Bursa. Estos servicios se prestan sin costo a todas las mujeres en estas clínicas. Además, los anticonceptivos orales (no se

requieren recetas médicas) y los condones se vendían en las farmacias de la ciudad. Los ginecologos con practica privada también daban servicios de planificacion familiar a sus pacientes. Como parte del estudio, se establecio una clínica de planificación familiar en BMTF, en una area adyacente a la enfermería y la guardería infantil de la fabrica. Este lugar de la clínica se escogió porque las trabajadoras estaban acostumbradas a venir a esta area de la fabrica para los servicios de salud y cuidados infantiles. Se proveían dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales, y condones en la clínica.

Los nuevos servicios de planificacion familiar estaban dirigidos hacia 410 empleadas casadas (de edades de 15 a 49 años) quienes trabajaban en las unidades de peinado e hilado de la fabrica. Las 410 mujeres estaban divididas en tres grupos, dependiendo del turno en el que trabajaban Se contrató a un educador de la salud profesional para motivar a los miembros de uno de los grupos de mujeres a que utilizaran metodos anticonceptivos modernos. El educador efectuo varias sesiones educativas para pequeños grupos de estas mujeres Los miembros de un segundo grupo de mujeres fueron motivados por supervisoras de línea de produccion Ocho de estas supervisoras fueron seleccionadas por el sindicato para recibir capacitacion y convertirse en motivadoras de planificacion Las supervisoras de linea de produccion eran capataces y supervisoras en la fabrica y fueron seleccionadas por sus habilidades de liderazgo Las supervisoras de linea de produccion del sindicato fueron entrenadas por el mismo capacitador que llevo a cabo las sesiones de educacion para el primer grupo de trabajadoras Se llevaron a cabo cuatro sesiones de dos horas cada una Un tercer grupo de mujeres no recibio motivacion formal alguna para que utilizaran un anticonceptivo moderno, a pesar de que se les informo acerca de la nueva clinica de planificación familiar y se les permitio utilizar sus servicios

Los metodos principales de educacion fueron las charlas, las discusiones en grupos, y presentaciones de diapositivas sobre planificación familiar Ademas de esta capacitacion, a las supervisoras de línea de produccion se les dió material educativo escrito para ser utilizado cuando hablaran con las trabajadoras. La mayoría de las actividades de motivacion llevadas a cabo por las supervisoras eran sesiones/discusiones educativas individuales durante las horas de trabajo, principalmente durante los períodos de descanso y en las reuniones sociales.

Se llevo a cabo una segunda encuesta 10 meses despues de la puesta en practica de las actividades de motivacion Los resultados de la encuesta indicaron que el uso general de anticonceptivos aumento, particularmente el uso de metodos mas efectivos El porcentaje de usuarios de metodos anticonceptivos aumento de 80 por ciento a 87 por ciento, mas importante aun, el porcentaje de aquellos que utilizaban metodos más seguros aumento de un 23 por ciento a un 49 por ciento Estos incrementos pueden ser atribuidos tanto a la conveniencia de tener servicios de planificacion familiar disponibles en la fabrica como al aumento en la educacion y la motivacion. Se encontro que las supervisoras de línea de producción eran tan efectivas como los educadores de la salud al motivar a las mujeres para que utilicen metodos anticonceptivos más efectivos

41

Un importante resultado de este proyecto fue el impacto sobre los administradores de la fábrica y sobre los líderes de la Confederación de Sindicatos de Trabajadores Basados en los resultados de este estudio, los líderes sindicales convencieron a la Administración del Seguro Social para que comenzara a ofrecer servicios de planificacion familiar en sus hospitales. Varios dueños de fabricas tambien fueron convencidos para que establecieran clinicas de planificacion familiar en sus empresas. La Confederacion también establecio una unidad en su sede para organizar actividades de planificacion familiar En los tres años siguientes al experimento de BMTF, se establecieron 25 unidades de planificacion familiar en 14 ciudades Tiece de estas clínicas ofrecen dispositivos intrauterinos, píldoras y condones, cuatro ofrecen píldoras y condones, y ocho ofrecen solo condones. Los "union stewards and stewardesses" fueron utilizados como motivadores de planificacion familiar en muchos de los lugares.

Fuente: Organizacion Mundial de la Salud. Programa Especial de Investigacion, Capacitación sobre Desarrollo e Investigación sobre la Reproduccion Humana. Ankara, Turquía Universidad Hacettepe, 1986.

Preguntas para discusión:

1. ¿Qué motivó a la BMTF a organizar servicios de planificacion familiar en la empresa? ¿Qué motivó al sindicato a ampliar la idea?

2. ¿Cómo se satisfacieron las necesidades de la BMTF a través de los servicios? ¿Las necesidades de los empleados? ¿Las necesidades del sindicato? ¿Las necesidades del gobierno?

3. ¿Qué forma tomaron los servicios de planificación familiar? (¿Integrados? ¿Tipos de métodos? etc.).

4. ¿Qué asistencia externa se necesitaría (si se necesitara) para poner en práctica este modelo en un entorno diferente?

5. ¿Cómo se motivó a la administración y a los trabajadores a participar?

6. ¿Quién sería un buen motivador en su caso particular?

7. ¿Debió la BMTF haber continuado dando servicios despues de la terminación del estudio? ¿Como cambiaria/podría cambiar/ debería cambiar el programa?

42

ESTUDIO DE CASO: FABRICA DE TEXTILES BURSA MERINO (TURQUIA)

La Fábrica de Textiles Bursa Merino (BMTF) es una de las mas antiguas empresas manufactureras de textiles en Turquía Esta localizada en la ciudad de Bursa, un importante centro industrial con una poblacion de un millon. BMTF emplea aproximadamente a 3,200 empleados; 800 de estos son mujeres; La fabrica esta dividida en cuatro unidades de producción tejido, hilado, peinado y la confeccion. Las mujeres estan empleadas en todas las unidades excepto en la de la confección de prendas de vestir La fabrica opera en base a 24 horas con tres turnos 8 00 - 16 00, 16 00 - 24 00, 24 00 - 8.00. Los empleados trabajan ocho horas diarias, seis dias a la semana. Los trabajadores estan divididos en grupos por turnos y los turnos rotan cada semana

En 1981 se le pidio a BMTF que participara en un programa de investigacion sobre la planificacion familiar patrocinado por el Departamento de Salud Publica de la Universidad de Hacettepe Se selecciono a BMTF principalmente basado en la disposición de la administración de la fabrica en cooperar dando el espacio en la fábrica para la clinica de planificacion familiar y permitiendo a los trabajadores asistir a las reuniones de educacion sobre planificacion familiar.

El propósito del programa era aumentar el numero de usuarios de anticonceptivos modernos, particularmente el dispositivo intrauterino (una prioridad gubernamental) Los investigadores querían determinar si las supervisoras de linea de producción de sindicatos que estaban entrenadas en planificacion familiar tendrían tambien tanto exito como los educadores profesionales de la salud motivando a los empleados para que usen métodos anticonceptivos mas efectivos Al utilizar supervisoras de línea de producción como motivadores se haria mas factible para las empresas privadas proveer y promover servicios de planificacion familiar; los educadores de salud capacitados son escasos y caros en Turquía

Al principio del programa, una encuesta en la base fue llevada a cabo para determinar el uso de anticonceptivos entre las mujeres que trabajaban en la fábrica. Los resultados de la encuesta indicaron que la práctica del uso de anticonceptivos es bastante alta entre las mujeres trabajadoras pero que metodos nenos efectivos (tales como la interrupcion del coito y los espermicidas) eran utilizados por la mayoría de las mujeres. Las tasas de falla de los anticonceptivos (según evidenciado por el gran numero de abortos) eran altas entre este grupo.

Antes del inicio del programa de investigación, los servicios de planificación familiar eran provistos en tres clínicas de planificación familiar del Ministerio de Salud y Asistencia Social en la ciudad de Bursa. Estos servicios se prestan sin costo a todas las mujeres en estas clínicas. Además, los anticonceptivos orales (no se requieren recetas médicas) y los condones se vendían en las farmacias de la ciudad. Los ginecólogos con práctica privada también daban

servicios de planificación familiar a sus pacientes. Como parte del estudio, se estableció una clínica de planificación familiar en BMTF, en una área adyacente a la enfermería y la guardería infantil de la fábrica. Este lugar de la clínica se escogio porque las trabajadoras estaban acostumbradas a venir a esta á rea de la fábrica para los servicios de salud y cuidados infantiles Se proveían dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales, y condones en la clinica.

Los nuevos servicios de planificacion familiar estaban dirigidos hacia 410 empleadas casadas (de edades de 15 a 49 años) quienes trabajaban en las unidades de peinado e hilado de la fabrica Las 410 mujeres estaban divididas en tres grupos, dependiendo del turno en el que trabajaban. Se contrato a un educador de la salud profesional para motivar a los miembros de uno de los grupos de mujeres a que utilizaran métodos anticonceptivos modernos. El educador efectuó varias sesiones educativas para pequeños grupos de estas mujeres Los miembros de un segundo grupo de mujeres fueron motivados por supervisoras de linea de produccion Ocho supervisoras de línea de produccion fueron seleccionadas por el sindicato para recibir capacitación y convertirse en motivadoras de planificacion. Las supervisoras eran capataces y supervisoras en la fabrica y fueron seleccionadas por sus habilidades de liderazgo Las supervisoras de línea de producción fueron entrenadas por el mismo capacitador que llevo a cabo las sesiones de educacion para el primer grupo de trabajadoras Se llevaron a cabo cuatro sesiones de dos horas cada una. Un tercer grupo de mujeres no recibio motivacion formal alguna para que utilizaran un anticonceptivo moderno, a pesar de que se les informo acerca de la nueva clinica de planificación familiar y se les permitio utilizar sus servicios.

Los métodos principales de educacion fueron las charlas, las discusiones en grupos, y presentaciones de diapositivas sobre planificación familiar Además de esta capacitación, a las supervisoras de línea de producción se les dió material educativo escrito para ser utilizado cuando hablaran con las trabajadoras. La mayoría de las actividades de motivación llevadas a cabo por las supervisoras de línea de produccion eran sesiones/discusiones educativas individuales durante las horas de trabajo, principalmente durante los períodos de descanso y en las reuniones sociales.

Se llevó a cabo una segunda encuesta 10 meses despues de la puesta en práctica de las actividades de motivacion. Los resultados de la encuesta indicaron que el uso general de anticonceptivos aumentó, particularmente el uso de metodos mas efectivos El porcentaje de usuarios de metodos anticonceptivos aumento de 80 por ciento a 87 por ciento, mas importante aun, el porcentaje de aquellos que utilizaban metodos mas seguros aumento de un 23 por ciento a un 49 por ciento. Estos incrementos pueden ser atribuidos tanto a la conveniencia de tener servicios de planificacion familiar disponibles en la fabrica como al aumento en la educación y la motivacion. Se encontró que las supervisoras de línea de produccion eran tan efectivas como los educadores de la salud al motivar a las mujeres para que utilicen metodos mas efectivos de anticonceptivos.

Un importante resultado de este proyecto fue el impacto sobre los administradores de la fabrica y sobre los lideres de la Confederacion de Sindicatos de Trabajadores Basados en los resultados de este estudio, los líderes sindicales convencieron a la Administracion del Seguro Social para que comenzara a ofrecer servicios de planificacion familiar en sus hospitales Varios dueños de fábricas tambien fueron convencidos para que establecieran clinicas de planificacion familiar en sus empresas La Confederacion también establecio una unidad en su sede para organizar actividades de planificación familiar. En los tres años siguientes al experimento de BMTF, se establecieron 25 unidades de planificacion familiar en 14 ciudades Trece de estas clínicas ofrecen dispositivos intrauterinos, píldoras y condones, cuatro ofrecen píldoras y condones, y ocho ofrecen sólo condones. Los supervisores y supervisoras de línea de producción fueron utilizados como motivadores de planificación familiar en muchos de los lugares.

Fuente: Organizacion Mundial de la Salud. Programa Especial de Investigacion, Capacitación sobre Desarrollo e Investigación sobre la Reproducción Humana Ankara, Turquía: Universidad Hacettepe, 1986

Preguntas para discusión:

1. ¿Qué motivó a la BMTF a organizar servicios de planificacion familiar en la empresa? ¿Qué motivó al sindicato a ampliar la idea?

2. ¿Cómo se satisfacieron las necesidades de la BMTF a través de los servicios? ¿Las necesidades de los empleados? ¿Las necesidades del sindicato? ¿Las necesidades del gobierno?

3. ¿Qué forma tomaron los servicios de planificación familiar? (¿Integrados? ¿Tipos de métodos? etc.).

4. ¿Qué asistencia externa se necesitaría (si se necesitara) para poner en práctica este modelo en un entorno diferente?

5. ¿Cómo se motivó a la administración y a los trabajadores a participar?

6. ¿Quién sería un buen motivador en su caso particular?

7. ¿Debió la BMTF haber continuado dando servicios después de la terminación del estudio? ¿Cómo cambiaría/podría cambiar/ debería cambiar el programa?

DISCUSION DEL ESTUDIO DE CASO:

PREGUNTAS PARA DISCUSION

DISCUSION DEL ESTUDIO DE CASO

Para facilitar a los grupos más pequeños informar sobre sus respectivos casos, las siguientes preguntas pueden ayudarle a extraer respuestas mas completas a las preguntas que se incluyen con cada caso. Estas preguntas incluyen:

a. ¿Qué motivó a la empresa a organizar servicios de planificación familiar en la empresa misma?

b. ¿Cómo se satisfacieron las necesidades de la empresa a traves de los servicios? ¿Las necesidades de los empleados? ¿Las necesidades gubernamentales? ¿Cómo calculó la empresa su necesidad de servicios de anticonceptivos?

c. ¿Cual fue el proceso basico utilizado por la empresa para organizar los servicios de planificación familiar?

d. ¿Qué forma tomaron los servicios de planificación familiar? ¿Servicios integrados? ¿Libres? ¿Un método solamente? ¿Una variedad de métodos?

e. ¿Donde fue la empresa a buscar asistencia para el equipo? ¿La provisión de anticonceptivos? ¿La capacitación del personal? ¿La asistencia técnica?

f. ¿Cómo se motivó a los trabajadores y a la administracion para que participaran?

g. ¿Qué clase de actividades de promoción fueron necesarias? ¿En qué otra forma mostró la administración su apoyo a los nuevos servicios?

h. ¿Cree usted que la inversión de la empresa fue buena? Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué? Si su respuesta es negativa, ¿por qué?

RESULTADOS DESEADOS

Un resultado de la discusión del estudio de caso debería ser la identificación de un número de cuestiones que la administracion del sector privado va a necesitar considerar cuando este diseñando servicios de planificación familiar en la empresa. Esta lista incluye:

- motivación al empleador, beneficios e incentivos (preguntas a & b);
- proceso (preguntas b & c);
- relación entre los servicios en la empresa y los servicios gubernamentales (pregunta b);
- cálculo de la necesidad no satisfecha de servicios (preguntas a, b & c);
- mezcla de servicios/integración con los servicios existentes de salud (pregunta d);
- cálculo de la necesidad de recursos (preguntas b, c, d & e);
- fuentes de apoyo --- financiero, logístico y tecnico (pregunta e),
- necesidades de IE&C y la motivación de los empleados (preguntas b, f & g);
- tasa de retorno sobre la inversión (pregunta h).

EVALUACION

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION II

A cada participante se le solicita que escriba en un pedazo de papel el rol que su empresa puede jugar en la provision de servicios de planificación familiar. Se les pide a los participantes hacer declaraciones sencillas y cortas. Cuando esta tarea ha terminado, el capacitador llama a tres personas, por turno, para que lean lo que han escrito. El capacitador lo escribe en papel de prensa donde todos puedan verlas Luego se les pide a los participantes que busquen tres elementos en común en cada una de las respuestas. Mientras ellos hacen esto, el capacitador subraya los elementos comunes con un marcador.

Luego, se le pregunta al grupo si tiene algo más que agregar y a otros se les anima a que lean sus respuestas al grupo. Se les pide a los participantes que conserven sus respuestas para que las puedan repasar al final de la capacitación para ver si tienen algo mas que agregar.

El capacitador puede juzgar si el material de esta seccion es apropiado, observando el nivel general de participación. Las medidas para esto pueden incluir:

- si todos los participantes pueden preparar una declaración
- si las declaraciones utilizan la información presentada en la sección; o
- si los participantes muestran entusiasmo en su presentación de declaraciones.

Tiempo: 20 minutos

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION II

En una declaración simple y breve, por favor escriba el papel que usted considera su empresa puede jugar en la promoción de servicios de planificación familiar y la provisión de servicios de planificación familiar en el lugar.

SECCION III

LOS BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR PARA EL PATRONO, PARA EL EMPLEADO Y PARA LA NACION

TIEMPO SUGERIDO: 1 hora 30 minutos

Sección III: Beneficios de la planificación familiar para el patrono, el empleado y para la nación

En esta sección se discuten los beneficios a mediano y largo plazo para el patrono, el empleado y la nacion, derivados de los servicios de planificación familiar.

NOTAS DEL CAPACITADOR

Objetivos para esta sección:

Al completar las actividades de esta sección, los participantes del taller:

1. identificarán y discutirán los siguientes beneficios de la planificación familiar y los relacionarán con el contexto tanto de la fábrica como del país:

   - beneficios economicos para el patrón y para la empresa;
   - beneficios para los sindicatos;
   - beneficios de salud para el individuo (el empleado y la familia); y
   - beneficios sociales para la comunidad y para la nación.

2. identificaran, clasificarán y darán prioridades a la gama de beneficios de la planifiación familiar de acuerdo a aquéllos que son inmediatos en su naturaleza y aquéllos que toman mas tiempo para realizarse;

3. incorporarán una declaración de los beneficios de la planificación familiar para el patrono, dentro de la justificación de un programa para los servicios de planificación familiar, el cual ellos planifican establecer.

Razones fundamentales:

Al desarrollar una comprensión de los tipos de beneficios de la planificación familiar y al relacionarlos a su contexto economico inmediato, los participantes estaran mejor preparados para planificar y poner en practica servicios de planificación familiar en sus empresas.

PROCEDIMIENTOS

- **Pequeña charla de introducción: los beneficios de la planificación familiar**

  Se hace a los participantes una introducción de los beneficios de la planificación familiar para el patrón y para el individuo.

  Tiempo: 30 minutos

- **Calculando el valor de los servicios de planificación familiar en las fábricas**

  Los participantes examinan una lista de comprobación de costos relacionados con el embarazo y revisan un corto formulario para calcular el valor de los servicios de planificación familiar en las fábricas.

  Tiempo: 45 minutos

- **Discusión en grupo: relacionando los beneficios individuales a aquéllos del patrón y de la sociedad**

  Por medio de una discusion en grupo, los participantes en el taller identifican las relaciones entre los beneficios de la planificacion familiar para un patrón y aquellos beneficios al individuo y para la sociedad en general. En otro nivel, se tiene la intencion de que los participantes sigan mas allá de aquellas relaciones hacia la identificacion de beneficios adicionales para el patrono, el empleado y la sociedad.

  Tiempo· 20 minutos

- **Preparando declaraciones individuales de los beneficios que se esperan al ofrecer servicios de planificación familiar en empresas privadas**

  Los participantes preparan declaraciones escritas de los beneficios que anticipan para los patronos y los empleados al organizar servicios de planificación familiar en sus lugares de trabajo.

  Tiempo: 20 minutos

- **Evaluación**

Los participantes utilizan pequeños grupos de trabajo para revisar las declaraciones sobre los beneficios que se esperan, preparados en el ejercicio anterior.

Tiempo: 30 minutos

AL CAPACITADOR:

A continuacón encontrará un juego completo de materiales tanto para el capacitador como para los participantes en la Sección III.

NOTAS DE LA CHARLA:

LOS BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR PARA EL PATRONO, PARA EL TRABAJADOR, PARA EL EMPLEADO Y PARA LA NACION

La planificación familiar sirve un numero de propositos al mismo tiempo. En muchos países del mundo las empresas han encontrado que el ofrecer servicios de planificación familiar en el lugar de trabajo ha causado una menor ausencia del trabajo, menos cambios de empleados y una mejor moral del empleado. A su vez, muchos sindicatos han luchado por la planificacion familiar como un beneficio vital para el bienestar de sus miembros. En cuanto a los empleados, experiencias recientes han demostrado que cuando hay servicios de planificación familiar facilmente disponibles y cuando las mujeres y los hombres ven que la planificación familiar es utilizada por sus compañeros, ellos están mas aptos a convertirse en usuarios de anticonceptivos.

El moderar el crecimiento de la población a traves de la planificación familiar, cuya meta es espaciar los nacimientos y limitar el tamaño de las familias, arroja beneficios directos para el patron, los obreros, los empleados y para la nacion Los beneficios no necesariamente se sienten sobre cada grupo en base igualitaria, ni cada grupo visualiza los beneficios derivados de la planificacion familiar por parte de los otros grupos como beneficios para si mismo Esta sección del manual tiene como meta discutir la gama de beneficios derivados de la organizacion de servicios de planificación familiar en el lugar de trabajo.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las organizaciones patronales y laborales tienen una responsabilidad colectiva de mantener el entorno social que les da la oportunidad de conducir sus actividades economicas en su propio interés y en el de su país. Tienen la obligación de mejorar las condiciones de trabajo y tomar todas las medidas de bienestar necesarias para promover el bienestar de los trabajadores. Esto incluye las medidas de bienestar familiar y los programas de planificación familiar.

En el Japón, algunas fabricas comenzaron a ofrecer servicios de planificación familiar desde la decada de los 50. Ya en 1960, 115 compañías estaban vinculadas en la mejora de las condiciones de vida para los trabajadores a traves del Movimiento Nueva Vida (New Life Movement) El mayor complejo industrial de la India, Tata Iron and Steel Company, comenzó a integrar servicios de planificación familiar en su programa existente de salud materno/infantil mas o menos en esa misma época. Ya en 1986, aproximadamente 250,000 personas en el complejo y en las villas circundantes estaban cubiertas por los servicios con el 65% de las parejas ya utilizando anticonceptivos modernos. La tasa de natalidad en el area había caído a cerca de 28 por 1000 comparado al promedio nacional de 33 por 1000. (Informe de la Fundación Draper, 1986, pág. 9)

Estos y otros ejemplos destacan un número de importantes beneficios derivados de la planificación familiar, los cuales, **para la administración**, incluyen:

- ahorros directos de costos en tiempo y entrenamiento;
- logro de mayor eficiencia manteniendo a la misma persona en el trabajo; y
- empleados más contentos porque la administración ofreció servicios, creando de esta forma lealtad hacia el patrono.

Estos y otros puntos se discutieron en la Seccion II en la presentacion de diapositivas sobre el Programa de Planificacion Familiar del Sector Privado en Kenya, así como en los estudios de caso de Kenya y Turquía. Dos cuadros incluidos en esta seccion del modulo le ayudaran a identificar otros beneficios para el patron, y a tener una mejor comprension de cómo calcular estos beneficios.

Como lo destacó el estudio del caso Turco en la Sección II, los beneficios **para** el trabajador incluyen:

- calidad de vida mejorada para los miembros de sindicatos;
- más fondos para participación de los sindicatos;
- aumento de beneficios para los miembros de los sindicatos;
- relaciones más fuertes con los miembros si estos esta n felices y saludables, lo que resulta en sindicatos más fuertes;
- un mayor estatus para los sindicatos si éstos son el origen de las iniciativas de planificación familiar.

Para el empleado, los beneficios de la planificación familiar incluyen:

- la supervivencia y la salud de las madres;
- la supervivencia y la salud de los niños; y
- beneficios para los hombres como generadores de ingresos.

De acuerdo al Informe de la Fundacion Draper (pág.10), los programas de planificación familiar en las fabricas a menudo han cortado las tasas de embarazo en un cincuenta por ciento. La mayoría de las mujeres empleadas ha indicado su interés en tener acceso a servicios de planificación familiar, ya que los embarazos no planificados pueden poner en peligro sus empleos.

Materiales producidos por IMPACT, un proyecto del Population Reference Bureau, enfatizan el hecho de que la planificación familiar salva vidas. La planificación familiar es considerada como una forma efectiva y barata de reducir las muertes relacionadas con la maternidad tanto de las madres como de los infantes.

La mortalidad materna es generalmente expresada en terminos de numero de muertes de mujeres debidas al embarazo y causas relacionadas con el parto por 100,000 nacimientos en un año. El Population Reference Bureau (1986) estima que aproximadamente medio millon de mujeres en países en desarrollo mueren cada año por complicaciones del embarazo y el parto dentro de un período de tiempo especificado (generalmente 42 dias) despues del termino de su embarazo Las cifras en la transparencia A ilustran las tasas actuales de mortalidad materna por región geografica.

Más adelante en este modulo (Sección V), se indica que algunos métodos anticonceptivos presentan algun riesgo adicional para la salud. Estos riesgos son mucho menores cuando se comparan con los peligros de muertes relacionadas con el embarazo o el parto. La transparencia B presenta una comparación de tasas estimadas de mortalidad para mujeres más jóvenes y mayores causada por el embarazo o el parto en comparación con los efectos secundarios de varios métodos anticonceptivos.

Transparencia A

MORTALIDAD MATERNA

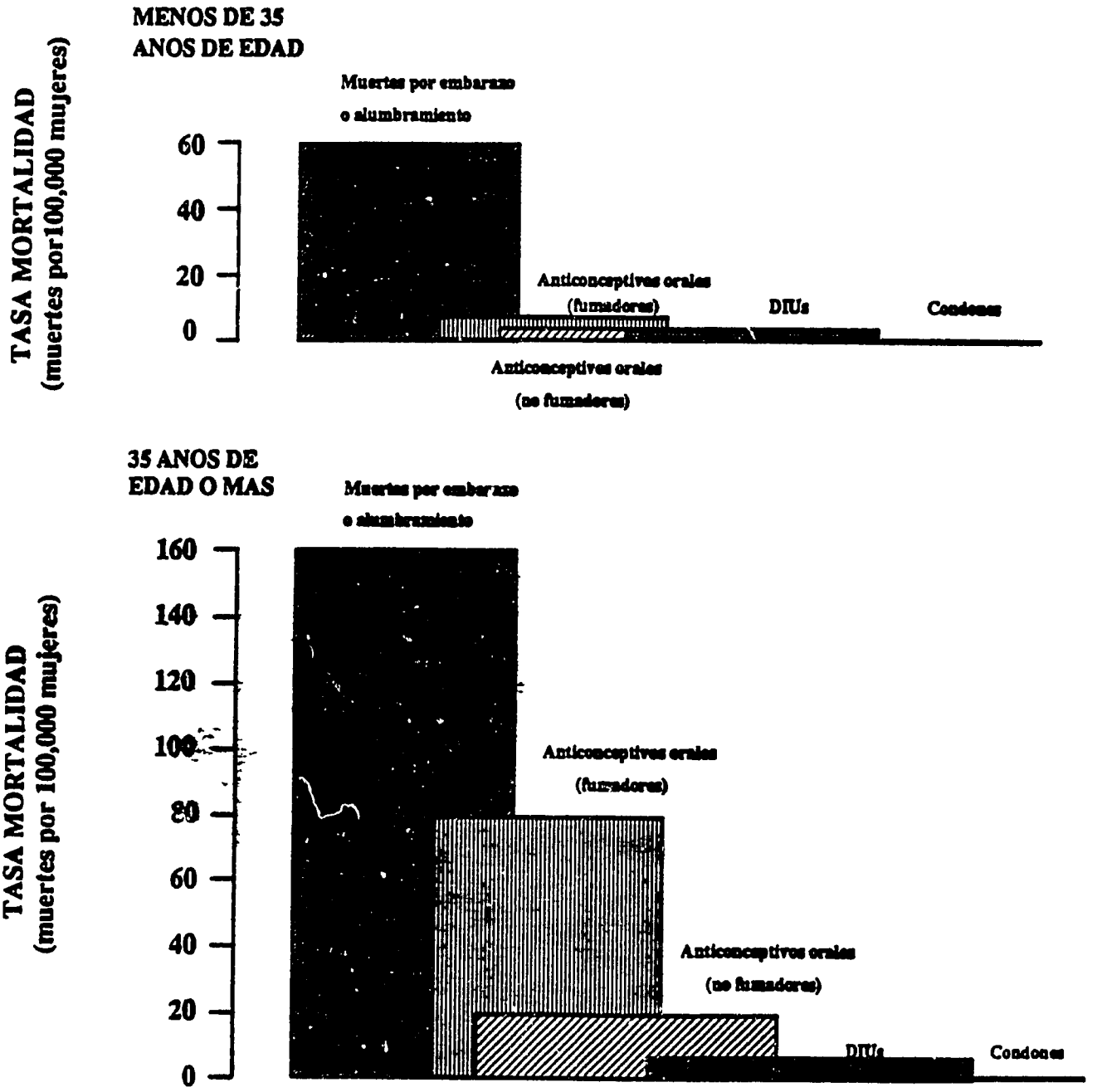
MUERTES POR CADA 100,000 NACIMIENTOS

	Promedio estimado	Alcance
AFRICA	258	78 a 1100
ASIA	310	5 a 700
EUROPA	21	4 a 28
AMERICA LATINA	112	8 a 418
NORTEAMERICA	10	6 a 10

Fuente: "Family Planning Saves Lives"
(La planificación familiar salva vidas)
Proyecto de IMPACT, 1986 pág. 12.

Transparencia B

"Mientras algunos metodos anticonceptivos presentan mayores riesgos a la salud , estos riesgos son muy pequeños comparados con el riesgo de muerte por causas relacionadas con el embarazo y el parto."



Una comparación entre tasas de mortalidad estimadas para mujeres jóvenes y mayores causadas por el embarazo o alumbramiento y los efectos secundarios de los varios métodos anticonceptivos.

Los materiales de IMPACT (1986, pag. 16) citan un estudio basado en los datos de la Encuesta Mundial sobre Fertilidad que estimó que las muertes maternas podían ser reducidas en casi una tercera parte por año como promedio. Esto, dice el informe, podria lograrse evitando los embarazos a mujeres que no querian mas niños pero que actualmente no estaban usando ningun metodo de planificacion familiar.

Otro de los beneficios que aporta a las mujeres la planificacion familiar es el parto con bajo riesgo La planificacion familiar puede ayudar a las mujeres en grupos de alto riesgo tales como:

- mujeres de menos de 18 años de edad que aun no estan ni biologica ni socialmente listas para el embarazo y el parto seguros,

- mujeres de mas de 35 años de edad que biológicamente no son tan aptas para el embarazo y el parto como las que estan en los 20;

- madres que pueden no haberse recuperado suficientemente de un embarazo y parto antes de volver a quedar embarazadas.

La Transparencia C delinea cinco puntos principales para el acceso y el uso de las mujeres, a los servicios de planificacion familiar y los metodos anticonceptivos

Transparencia C

LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS PAISES EN DESARROLLO

A medida que los métodos anticonceptivos están disponibles en muchas partes del Tercer Mundo, millones de mujeres han comenzado a utilizarlos para planificar sus familias. Sin embargo, aún hay una gran necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar:

Muchas mujeres todavía tienen embarazos muy cerca uno del otro.

Muchas mujeres que no quieren más niños no están utilizando un método anticonceptivo efectivo.

Grandes números de mujeres en algunos países no conocen un lugar donde conseguir servicios de planificación familiar ni los insumos.

Aun cuando los métodos anticonceptivos modernos tienen escasos pero serios efectos colaterales, estos representan un menor riesgo a la salud de la mayoría de las mujeres que los embarazos y los partos Esto es cierto en los países desarrollados donde las tasas de mortalidad materna son bajas El uso de anticonceptivos efectivos posiblemente salvan muchas más vidas en los países en desarrollo donde las tasas de mortalidad materna son mucho mas altas.

Fuente:

Maine, D. Family Planning: Its Impact on the Health of Women (Planificación familiar: su impacto sobre la salud de la mujer), Nueva York, The Center for Population and Family Health (El Centro de Población y Salud Familiar), Universidad de Columbia, 1982, pág 39.

La planificación familiar también ayuda a los infantes y niños pequeños que podrían presentar alto riesgo por razones de·

- defectos de nacimiento más frecuentes en los niños nacidos de mujeres menores de 18 años de edad y mayores de 35;

- las madres jovenes frecuentemente carecen de los medios económicos y el conocimiento práctico para cuidar de sus niños correctamente,

- los niños nacidos al inicio de cortos intervalos entre nacimientos pueden sufrir porque su período de lactancia materna se corta y son abruptamente destetados;

- la salud de los infantes y niños pequeños frecuentemente sufre por la mala salud de sus madres.

La Transparencia D resume los puntos principales relacionados con la salud infantil y la planificación familiar.

A un nivel mas macro, ha· un número de beneficios a la sociedad en general. Los beneficios sociales de la planificacion familiar para la comunidad y la nacion incluyen.

- beneficios de salud para el hombre, la mujer y los niños resultan en una fuerza laboral mas productiva;

- productividad aumentada, lo que arroja mayores beneficios,

- un número menor de embarazos no deseados;

- un número reducido de embarazos en adolescentes;

- da una base para mejor comprender como, cuando y donde la población crecerá, facilitando así una planificacion del desarrollo más realista.

Transparencia D

SALUD INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

Las oportunidades para un niño de nacer sano, de sobrevivir los primeros años de vida y de crecer bien, se reducen si:

Los niños de la familia nacen muy cerca en tiempo uno del otro.

Hay ya tres o más niños en la familia.

La madre es menor de 20 años de edad o mayor de 35 cuando el niño nace.

La planificación familiar mejora la salud de los niños al ayudar a la mujer a espaciar los nacimientos, a tener familias más pequeñas, y evitar los embarazos en edades desfavorables. En los países donde grandes proporciones de mujeres ya han adoptado la planificación familiar, los cambios resultantes en los patrones de embarazo han contribuído substancialmente a las recientes reducciones de la mortalidad infantil.

Fuente:

Maine, D. Family Planning: Its Impact on the Health of Women (Planificación familiar: su impacto sobre la salud de la mujer), Nueva York, The Center for Population and Family Health (El Centro de Población y Salud Familiar), Universidad de Columbia, 1982, pág. 9.

CALCULANDO EL VALOR

DE LOS

PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS

En esta parte de la Seccion III, se desvía la atencion hacia los métodos para calcular el valor de los programas de planificacion familiar basados en las fabricas. Se proveen dos hojas de trabajo:

- una lista de comprobacion de los costos relacionados con el embarazo; y
- un corto formulario para calcular el valor de los programas de planificacion familiar en las fábricas.

Ambas hojas de trabajo fueron desarrolladas por el Programa Enterprise para estimar los retornos economicos en los programas basados en las fabricas a las cuales ayuda.

(El capacitador debe utilizar el Formulario Corto para Calcular el Valor de los Programas de Planificación Familiar en las Fábricas y la Lista de Comprobación de Costos Relacionados con el Embarazo. Se provee una copia tanto para el capacitador como para los participantes).

HOJA DE TRABAJO I

LISTA DE COMPROBACION DE COSTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Se asocian tres tipos de costos con el embarazo tanto en empleadas mujeres como en esposas de empleados:

- costos de licencia por maternidad
- costos de salud materno/infantil
- costos de primas patronales

Una cuarta categoría de costos asociados solamente con empleadas mujeres, es el costo de rotacion de nuevos empleados. Cada uno se explica más detalladamente abajo.

COSTOS DE MATERNIDAD

empleadas mujeres
x número promedio de licencias de maternidad pagadas/por mujer/por año

promedio de nacimientos en MWR por año
x costos prenatales, de embarazo y parto por MWR por año

Los costos por cada licencia de maternidad son:

- salario semanal promedio x numero de semanas de licencia pagada x % pagado por el patrón
- costos de capacitacion relacionados con reemplazos temporales, reintegracion, u horas extras
- menor eficiencia de los reemplazos (difícil de evaluar/costo de molestias)
- costos contables del cumplimiento de beneficios legales (costos de molestias)

COSTO DE SALUD MATERNO/INFANTIL

empleadas mujeres o esposas

x número promedio de embarazos pagados/por mujer/por año
x costos por embarazo

Los costos por embarazo son:

- costos prenatales (ausencias + servicios de salud)
- costos de parto (servicios de salud/médicos)
- costos postnatales (ausencias + servicios de salud)

COSTOS PRIMAS PRONATALISTAS

empleadas mujeres o esposas
x número promedio de nacimientos vivos al año
x valor de las bonificaciones sociales por niño

COSTOS DE ROTACIONES DE EMPLEADOS NUEVOS

empleadas mujeres
x porcentaje empleadas sin trabajar debido a embarazo/por año
x costo de reclutar, orientar y capacitar un reemplazo
x valor de requerimientos de pago por cesantía (la fórmula puede variar en cada país)

Fuente: Programa Enterprise, 1986.

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

NC	=	El número de niños dependientes que reciben servicios médicos/sociales
MWR	=	Mujeres casadas empleadas o dependientes de edad reproductiva
N	=	NC + MWR = Total de mujeres y niños que reciben servicios médicos/sociales
B	=	Número promedio de nacimientos por MWR por año
D	=	Costos de embarazo o prenatales y de parto por parto
L	=	Licencia de maternidad promedio pagada por cada empleada mujer que toma licencia por año
M	=	B(D + L) = Costos promedio de maternidad por mujer al año
C	=	Pagos de bienestar social por niño
H	=	Costos de salud materno/infantil
MCH	=	(MWR x M) + (NC x C) + (N x H) = Costos totales de materno/infantil
P	=	Tasa proyectada de prevalecencia de **NUEVOS** usuarios
BA	=	MWR x B x P = número estimado de nacimientos evitados
DW	=	Número de empleadas mujeres que dejan de trabajar por embarazo
T	=	Costo de rotación de empleados (indemnización de reclutamiento y recapacitación)
CP	=	(M x B) + (DW x T) = Costo total estimado de embarazos
CYP	=	Año protección por pareja
C	=	Costo de métodos anticonceptivos por CYP
CC	=	MWR x P x MC = Costo total estimado de métod anticonceptivos
E	=	Costo de equipo clínico (prorrateado para un año)
F	=	Costo de instalaciones de clínica (espacio de por un año)
V	=	Costo de vehículos/unidades móviles (prorrateado por un año)
S	=	Costos de personal por un año
IEC	=	Costo de materiales y servicios de información y motivacion
TC	=	CC + E + F + V + S + IEC = Costo total de operación de un programa de planificación familiar

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

CS = BA [(MCH + CP)/N] - TC = Costo total estimado de ahorros del programa de planificacion familiar

NC = 6000
NWR = 1000
N = NC + MWR = 7000
B = 0.60
D = $100
L = (salario de tres meses) = $300
M = B(D + L)
= 0.60(100 + 300) = $240
C = $20 por niño por mes = $240 por niño por año
H = $150 por madre y niño por año
MCH = (MWR x M) + (NC x C) + (N x H) =
= (1000 x $240) + (6000 x $240) + (7000 x $150)
= $240,000 + $1,440,000 + $1,050,000 = $2,730,000
P = (como porcentaje de MWR) = 30%
BA = MWR x B x P
= (1000 x 0.60 x 0.30)
= 180
DW = 150
T = $300
CP = (M x B) + (DW x T)
= ($240 x 0.60) + (150 x $300)
= $144 + $45,000 = $45,144

CYP = Año protección por pareja

MC =

Método	Necesidad promedio por pareja por Año	Costo anual* por pareja
Píldoras	13 ciclos	13 x 0.19 = $ 2.47
Condones	120 condones	120 x 0.04 = $ 4.80
DIU	0.4 unidades de un DIU	0.4 x 1.00 = $ 0.40
Inyectables	cuatro inyecciones	4 x 1.00 = $ 4.00
Diafragma	uno	1 x $3.50 = $ 3.50
Espuma	cinco tubos	5 x $1.00 = $ 5.00
Gelatina	tres tubos	3 x $2.00 = $ 6.00
Tabletas espum.	120 tabl. por año	120 x 0.10 = $12.00
** Minilaparotomía	1 procedimiento	1 x $45.00 = $45.00
** Vasectomía	1 procedimiento	1 x $20.00 = $20.00

*Costo del producto basado en compras al por mayor por USAID y su costo variará dependiendo de la fuente.

**Estos métodos se llevan a cabo una vez en la vida. Por lo tanto, los costos pueden calcularse desde el tiempo del procedimiento hasta el fin de la edad de reproducción. Por ejemplo: La edad de reproducción de la mujer es de 15-44. Si se llevó a efecto una minilaparotomía cuando ella tenía 30 años de edad - entonces ella tendría CYP por 14 años. Por lo tanto, $45 dividido por 14 años - $3.21 de costo por año.

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

# Proyectado de usuarios (MWR x P) = (1000 x 0.3) = 300		Costo total proyectado de anticonceptivos por año
Píldoras	145	145 x 13 x 0.19 = $358.15
Condones	85	85 x 120 x 0.04 = $408.00
DIU	52	52 x 0.4 x 1 00 = $ 20.80
Inyectables	5	5 x 4 x 1 00 = $ 20 00
Diafragma	5	5 x 1 x 3.50 = $ 17.50
Espuma	2	2 x 5 x 1.00 = $ 10.00
Gelatina	4	4 x 3 x 2.00 = $ 24.00
Tabletas espuma	2	2 x 120 x 0.10 = $ 24.00
Total de usuarios	300	Total $882.45

CC = MWR x P x C =
E = (donado)
F = 100 pies^2 a $2 por pie^2 = $200 x 12 = $2,400
V = (donado)
S = $20,000
IEC = (donado)

TC = CC + E + F + V + S + IEC = Costo de operación total programa de planificación familiar
= ($882.45 + 0 + $2,400 + 0 + $20,000 + 0) = $23,282.45

CS = BA [(MCH + CP)/N] - TC
= 180 [($12,730,000 + $45,144)/7,000] - $23,282.45
= $48,078.40

Proporción ahorro de costos = beneficios/costos
= $71,360.84/$23,282.45
= $3.07 ahorrado por cada dólar invertido

Fuente: Programa Enterprise, 1988.

HOJA DE TRABAJO I

LISTA DE COMPROBACION DE COSTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Se asocian tres tipos de costos con el embarazo tanto en empleadas mujeres como en esposas de empleados:

- costos de licencia por maternidad
- costos de salud materno/infantil
- costos de primas patronales

Una cuarta categoría de costos asociados solamente con empleadas mujeres, es el costo de rotacion de nuevos empleados. Cada uno se explica más detalladamente abajo.

COSTOS DE MATERNIDAD

empleadas mujeres
x numero promedio de licencias de maternidad pagadas/por mujer/por año

promedio de nacimientos en MWR por año
x costos prenatales, de embarazo y parto por MWR por año

Los costos por cada licencia de maternidad son:

- salario semanal promedio x número de semanas de licencia x % pagado por el patrón
- costos de capacitación relacionados con reemplazos reintegración, u horas extras
- menor eficiencia de los reemplazos (difícil de molestias)
- costos contables del cumplimiento de beneficios legales molestias)

COSTO DE SALUD MATERNO/INFANTIL

empleadas mujeres o esposas
x número promedio de embarazos pagados/por mujer/por año
x costos por embarazo

Los costos por embarazo son:

- costos prenatales (ausencias + servicios de salud)
- costos de parto (servicios de salud/médicos)
- costos postnatales (ausencias + servicios de salud)

COSTOS PRIMAS PRONATALISTAS

empleadas mujeres o esposas
x numero promedio de nacimientos vivos al año
x valor de las bonificaciones sociales por niño

COSTOS DE ROTACIONES DE EMPLEADOS NUEVOS

empleadas mujeres
x porcentaje empleadas sin trabajar debido a embarazo/por año
x valor de requerimientos de pago por cesantía (la fórmula puede variar en cada país)

Fuente: Programa Enterprise, 1986.

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

NC = El número de niños dependientes que reciben servicios médicos/sociales

MWR = Mujeres casadas empleadas o dependientes de edad reproductiva

N = NC + MWR = Total de mujeres y niños que reciben servicios médicos/sociales

B = Número promedio de nacimientos por MWR por año

D = Costos de embarazo o prenatales y de parto por parto

L = Licencia de maternidad promedio pagada por cada empleada mujer que toma licencia por año

M = B(D + L) = Costos promedio de maternidad por mujer al año

C = Pagos de bienestar social por niño

H = Costos de salud materno/infantil

MCH = (MWR x M) + (NC x C) + (N x H) = Costos totales de materno/infantil

P = Tasa proyectada de prevalecencia de **NUEVOS** usuarios

BA = MWR x B x P = número estimado de nacimientos evitados

DW = Número de empleadas mujeres que dejan de trabajar por embarazo

T = Costo de rotación de empleados (indemnización de reclutamiento y recapacitación)

CP = (M x B) + (DW x T) = Costo total estimado de embarazos
CYP = Año protección por pareja
C = Costo de métodos anticonceptivos por CYP
CC = MWR x P x MC = Costo total estimado de métod anticonceptivos

E = Costo de equipo clínico (prorrateado para un año)

F = Costo de instalaciones de clínica (espacio de por un año)

V = Costo de vehículos/unidades móviles (prorrateado por un año)

S = Costos de personal por un año

IEC = Costo de materiales y servicios de información y motivación

TC = CC + E + F + V + S + IEC = Costo total de operación de un programa de planificación familiar

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

CS = BA [(MCH + CP)/N] - TC = Costo total estimado de ahorros del programa de planificación familiar

NC = 6000
NWR = 1000
N = NC + MWR = 7000
B = 0.60
D = $100
L = (salario de tres meses) = $300
M = B(D + L)
= 0.60(100 + 300) = $240
C = $20 por niño por mes = $240 por niño por año
H = $150 por madre y niño por año
MCH = (MWR x M) + (NC x C) + (N x H) =
= (1000 x $240) + (6000 x $240) + (7000 x $150)
= $240,000 + $1,440,000 + $1,050,000 = $2,730,000
P = (como porcentaje de MWR) = 30%
BA = MWR x B x P
= (1000 x 0.60 x 0.30)
= 180
DW = 150
T = $300
CP = (M x B) + (DW x T)
= ($240 x 0.60) + (150 x $300)
= $144 + $45,000 = $45,144

CYP = Año protección por pareja

MC =

Método	Necesidad promedio por pareja por Año	Costo anual* por pareja
Píldoras	13 ciclos	13 x 0.19 = $ 2.47
Condones	120 condones	120 x 0.04 = $ 4.80
DIU	0.4 unidades de un DIU	0.4 x 1.00 = $ 0.40
Inyectables	cuatro inyecciones	4 x 1.00 = $ 4.00
Diafragma	uno	1 x $3.50 = $ 3.50
Espuma	cinco tubos	5 x $1.00 = $ 5.00
Gelatina	tres tubos	3 x $2.00 = $ 6 00
Tabletas espum.	120 tabl. por año	120 x 0.10 = $12 00
** Minilaparotomía	1 procedimiento	1 x $45.00 = $45.00
** Vasectomía	1 procedimiento	1 x $20.00 = $20 00

*Costo del producto basado en compras al por mayor por USAID y su costo variará dependiendo de la fuente.

**Estos métodos se llevan a cabo una vez en la vida. Por lo tanto, los costos pueden calcularse desde el tiempo del procedimiento hasta el fin de la edad de reproducción. Por ejemplo: La edad de reproducción de la mujer es de 15-44. Si se llevó a efecto una minilaparotomía cuando ella tenía 30 años de edad - entonces ella tendría CYP por 14 años. Por lo tanto, $45 dividido por 14 años - $3.21 de costo por año.

HOJA DE TRABAJO II

CALCULANDO EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS FORMULARIO CORTO

# Proyectado de usuarios (MWR x P) = (1000 x 0.3) = 300		Costo total proyectado de anticonceptivos por año
Píldoras	145	145 x 13 x 0.19 = $358.15
Condones	85	85 x 120 x 0.04 = $408.00
DIU	52	52 x 0.4 x 1 00 = $ 20 80
Inyectables	5	5 x 4 x 1.00 = $ 20.00
Diafragma	5	5 x 1 x 3.50 = $ 17.50
Espuma	2	2 x 5 x 1.00 = $ 10 00
Gelatina	4	4 x 3 x 2.00 = $ 24.00
Tabletas espuma	2	2 x 120 x 0.10 = $ 24.00
Total de usuarios	300	Total $882.45

CC = MWR x P x C =
E = (donado)
F = 100 pies^2 a $2 por pie^2 = $200 x 12 = $2,400
V = (donado)
S = $20,000
IEC = (donado)

TC = CC + E + F + V + S + IEC = Costo de operación total programa de planificación familiar
= ($882.45 + 0 + $2,400 + 0 + $20,000 + 0) = $23,282.45

CS = BA [(MCH + CP)/N] - TC
= 180 [($12,730,000 + $45,144)/7,000] - $23,282.45
= $48,078.40

Proporción ahorro de costos = beneficios/costos
= $71,360.84/$23,282.45
= $3.07 ahorrado por cada dólar invertido

Fuente: Programa Enterprise, 1988.

ACTIVIDAD DE DISCUSION EN GRUPO:

BENEFICIOS PARA EL PATRONO

DISCUSION EN GRUPO: BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR PARA EL PATRON

El corto estudio de caso que sigue, describe la iniciativa de una empresa del Africa Occidental para examinar formas de lidiar con las perdidas de mano de obra debido a costos de maternidad. El estudio de caso da un interesante seguimiento a la discusión en el ejercicio previo. Lea el caso y luego considere las cuatro preguntas que le siguen.

Tomando la iniciativa para reducir las pérdidas de mano de obra

Una compañía de Africa Occidental estaba interesada en averiguar de que forma los servicios de planificacion familiar podían hacer su fuerza laboral más productiva. En vista de que la fabrica no tenía datos objetivos respecto a las diferencias en productividad de las mujeres y los hombres, decidieron considerar la productividad industrial en terminos de horas hombres reales en el trabajo La pérdida de tiempo de las mujeres debido a enfermedades inmediatamente antes, durante y despues de la licencia por maternidad se considero como pérdida total de tiempo para la productividad industrial. Como se informaba que los servicios de planificacion familiar mejoran la salud de las mujeres trabajadoras, la fabrica se intereso en saber hasta que punto reduciría la perdida de tiempo en la produccion industrial de las mujeres, establecer y promover sus propios servicios de planificación familiar

La administración de la fabrica primero examino detalladamente las leyes nacionales para determinar los derechos de maternidad de sus empleadas. Luego, calculo la cantidad de licencia por maternidad permitida (seis semanas antes y seis semanas despues del parto) y agrego el tiempo potencial de licencia por enfermedad durante el embarazo e inmediatamente después del parto (para un total de un mes). El tiempo perdido por cada embarazo se estimo en cuatro meses o 33 1/3 por ciento, con 66 2/3 de eficiencia de asistencia al trabajo. En su análisis, la administración vio que si un hombre y una mujer se colocan en el mismo empleo y son evaluados con los mismos criterios y remunerados idénticamente, la necesidad de contratar personal de relevo por un largo período de ausencia para la mujer hace al hombre más productivo en términos de tiempo en el trabajo y en consecuencia más barato de emplear que la mujer.

Porque existía una preponderancia de mujeres empleadas en la fábrica (109 mujeres a 35 hombres), la fábrica decidió ayudar a las empleadas mujeres a aprovechar las ventajas de los servicios de planificación familiar. Al recibir la aprobación para operar su clínica, la enfermera de la planta y dos mujeres empleadas fueron enviadas a un curso de planificación familiar.

La administración se reunió con los representantes laborales y acordó que el objetivo principal de la clínica era mejorar la salud de las madres y los niños y que las mujeres que estuvieran interesadas debían conseguir el consentimiento de sus esposos.

Desde el inicio de las operaciones de la clínica, la administración ha acopiado datos sobre el tiempo perdido por las mujeres durante los pasados tres años por concepto de maternidad y enfermedad inmediatamente antes y después de la maternidad y durante el embarazo. Comparara estos datos con registros similares para los próximos tres años para que pueda hacerse una evaluación del impacto de los servicios sobre el tiempo en el trabajo.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Fue, en este caso, legítima la motivación de la compañía? ¿Por qué?

2. ¿Quienes fueron los principales actores en el proceso descrito en el caso? ¿Qué papel jugó cada uno?

3. ¿Cómo se comparan los descubrimientos de la compañía con cualquier evaluación informal que usted pueda haber hecho en su empresa?

4. ¿Puede usted sugerir formas en las cuales la compañía pueda evaluar los retornos sobre su inversión en un período más corto de tiempo?

[NOTA AL CAPACITADOR: El capacitador debe usar precaución al presentar los encuentros anti-mujeres que pueden llevar a toma de decisiones que discriminen contra la mujer (ej. contratar hombres solamente o pagarle menos a las mujeres. Muchas mujeres son empleadas para comenzar porque son una forma de mano de obra más barata.)]

Tomando la iniciativa para reducir las pérdidas de mano de obra

Una compañía de Africa Occidental estaba interesada en averiguar de que forma los servicios de planificación familiar podían hacer su fuerza laboral más productiva. En vista de que la fábrica no tenía datos objetivos respecto a las diferencias en productividad de las mujeres y los hombres, decidieron considerar la productividad industrial en terminos de horas hombres reales en el trabajo. La pérdida de tiempo de las mujeres debido a enfermedades inmediatamente antes, durante y despues de la licencia por maternidad se considero como perdida total de tiempo para la productividad industrial. Como se informaba que los servicios de planificacion familiar mejoran la salud de las mujeres trabajadoras, la fabrica se intereso en saber hasta que punto reduciría la pérdida de tiempo en la produccion industrial de las mujeres, establecer y promover sus propios servicios de planificacion familiar

La administración de la fabrica primero examino detalladamente las leyes nacionales para determinar los derechos de maternidad de sus empleadas. Luego, calculo la cantidad de licencia por maternidad permitida (seis semanas antes y seis semanas despues del parto) y agregó el tiempo de licencia por enfermedad durante el embarazo e inmediatamente después del parto (para un total de un mes). El tiempo perdido por cada embarazo se estimó en cuatro meses o 33 1/3 por ciento, con 66 2/3 de eficiencia de presentacion al trabajo. En su análisis, la administración vió que si un hombre y una mujer se colocan en el mismo empleo y son evaluados con los mismos criterios y remunerados idénticamente, la necesidad de contratar personal de relevo por un largo período de ausencia para la mujer hace al hombre más productivo en términos de tiempo en el trabajo y consecuentemente más barato de emplear que la mujer.

Porque existía una preponderancia de mujeres empleadas en la fábrica (109 mujeres a 35 hombres), la fabrica decidió ayudar a las empleadas mujeres a aprovechar las ventajas de los servicios de planificación familiar. Al recibir la aprobación para operar su clínica, la enfermera de la planta y dos mujeres empleadas fueron enviadas a un curso de planificación familiar.

La administración se reunió con los representantes laborales y acordó que el objetivo principal de la clínica era mejorar la salud de las madres y los niños y que las mujeres que estuvieran interesadas debían conseguir el consentimiento de sus esposos.

Desde el inicio de las operaciones de la clínica, la administración ha acopiado datos sobre el tiempo perdido por las mujeres durante los pasados tres años por concepto de maternidad y enfermedad inmediatamente antes y después de la maternidad y durante el embarazo. Comparará estos datos con registros similares para los próximos tres años para que pueda hacerse una evaluación del impacto de los servicios sobre el tiempo en el trabajo.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Fue, en este caso, legítima la motivación de la compañía? ¿Por qué?

2. ¿Quienes fueron los principales actores en el proceso descrito en el caso? ¿Qué papel jugó cada uno?

3. ¿Cómo se comparan los descubrimientos de la compañía con cualquier evaluación informal que usted pueda haber hecho en su empresa?

4. ¿Puede usted sugerir formas en las cuales la compañía puede evaluar los retornos sobre su inversión en un período más corto de tiempo?

ACTIVIDAD INDIVIDUAL:

PREPARANDO DECLARACIONES INDIVIDUALES DE LOS BENEFICIOS ESPERADOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

PREPARANDO DECLARACIONES INDIVIDUALES DE LOS BENEFICIOS QUE ESPERA DE SUS INVERSIONES EN PLANIFICACION FAMILIAR

Esta sección del módulo ha discutido los beneficios de la planificación familiar desde tres perspectivas:

- beneficios para el patrono;
- beneficios para el sindicato; y
- beneficios para el individuo.

Para cerrar esta discusión, por favor piense un poco en la inversión que usted esta considerando hacer para organizar servicios de planificación familiar en la compañía para sus empleados y sus familias. En el espacio provisto abajo, por favor prepare una corta declaración acerca de los beneficios que usted espera obtener de sus inversiones Mientras lo hace, trate de ser lo mas especifico posible acerca de los beneficios y enlistelos en orden de importancia para la administracion de su fabrica o plantacion.

Los beneficios que yo espero o preveo de la inversión de mi compañía para ofrecer servicios de planificación familiar incluyen:

PREPARANDO DECLARACIONES INDIVIDUALES DE LOS BENEFICIOS QUE ESPERA DE SUS INVERSIONES EN PLANIFICACION FAMILIAR

Esta sección del módulo ha discutido los beneficios de la planificación familiar desde tres perspectivas·

- beneficios para el patrono;
- beneficios para el sindicato; y
- beneficios para el individuo.

Para cerrar esta discusión, por favor piense un poco en la inversión que usted esta considerando hacer para organizar servicios de planificación familiar en la compañía para sus empleados y sus familias. En el espacio provisto abajo, por favor prepare una corta declaracion acerca de los beneficios que usted espera obtener de sus inversiones. Mientras lo hace, trate de ser lo más especifico posible acerca de los beneficios y enlístelos en orden de importancia para la administración de su fábrica o plantación.

Los beneficios que yo espero o preveo de la inversión de mi compañía para ofrecer servicios de planificación familiar incluyen:

EVALUACION

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION III

Los participantes se dividen en grupos de tres o cuatro y se les pide que discutan sus declaraciones de los beneficios esperados preparados en el ejercicio anterior. Cada pequeño grupo prepara dos listas de beneficios -- una para patronos y una para empleados. Las listas se registran en letra de imprenta. Cada grupo expone su lista y el capacitador dirige una discusión que saca los elementos comunes de cada una para producir dos listas compuestas, una para los patronos y otra para los empleados.

Las posibles medidas de la efectividad de esta sección son:

- el nivel de participación en las actividades tanto del grupo pequeño como del grupo grande; y
- inclusiones en las listas compuestas que reflejan la información presentada en esta sección del manual.

Tiempo: 30 minutos

REFERENCIAS:

Como utilizar el material de referencia de esta sección:

Se hace una lista del número de documentos que pueden ser de utilidad a los capacitadores al preparar los talleres y a los participantes como material de referencia adicional sobre los temas presentados en esta sección del manual. A pesar de que todos los artículos son útiles, los siguientes ofrecen información importante acerca de los beneficios de la planificacion familiar tanto al patronos como al empleado y/o a la nacion.

Ainsworth, M. Family Planning Programs: The Client's Perspective. (Papel de Trabajo del Banco Mundial Número 676). Washington, D.C.: Banco Mundial, 1985

La brecha entre las preferencias de fertilidad y el comportamiento de quienes utilizan anticonceptivos se explica en esta monografía en términos de los "costos" objetivos y subjetivos para las personas de la regulación de la fertilidad, incluyendo el costo de averiguar acerca de la anticoncepcion y donde puede obtenerse; el tiempo y el dinero para viajar hasta donde está disponible; y el costo de la tensión provocada por la desaprobación social a la anticoncepción. Para algunas parejas que en circunstancias ideales hubiesen querido evitar un nacimiento, éstos representan una mayor carga que el costo de un niño adicional El Anexo B específicamente enfoca los beneficios de la planificación familiar sobre la salud.

Centers for Disease Control. Family Planning Methods and Practice: Africa. (Capítulo I: Health Benefits of Family Planning). Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, 1983.

El Capítulo I de este libro presenta un breve y claro resumen del impacto positivo que la planificación familiar y el espaciar los nacimientos pueden tener sobre la salud de las madres y de los niños y sobre las relaciones entre los esposos. Varias gráficas y cuadros ayudan a hacer de ésta una presentación de fácil comprensión.

IMPACT Project. Family Planning Saves Lives: A Strategy for Maternal and Child Survival. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1986.

Este escrito ocasional discute las formas en que la planificación familiar salva las vidas de mujeres y niños. Se discuten cinco tópicos: el espaciamiento de los nacimientos y la supervivencia infantil; la planificación familiar y la supervivencia materna; los embarazos de poco riesgo para las madres; las madres saludables, los niños saludables; y la planificación familiar y los costos relacionados con la salud. El escrito contiene una cantidad de gráficas y cuadros útiles.

Maine, D. Family Planning: Its Impact on the Health of Women and Children. Nueva York: The Center for Population and Family, Facultad de Medicina, Universidad de Columbia, 1981.

Este documento presenta, en lenguaje claro y conciso y con muchas graficas y cuadros, informacion que explica los efectos positivos de la planificación familiar sobre la salud de las mujeres y los niños. Este repaso de la investigación cientifica enfoca los peligros para la salud que presentan los embarazos en mujeres menores de 18 años de edad o mayores de 35, que tienen más de cuatro niños y que tienen niños con una frecuencia mayor a los dos años entre uno y otro. También se explora la relacion entre el tamaño de la familia y la nutrición y otras prácticas de salud de los niños.

Maine, D., Rosefield, A. y M. Wallace. "Prevention of Maternal Deaths in Developing Countries: How Much Could Family Planning Help?" Documento preparado para la Populationn Association of América, San Francisco, California, 1986.

Una significativa observación de este estudio, basado en los datos de la encuesta Mundial de la Fertilidad, es que las muertes podrían ser reducidas en casi un tercio por año como promedio. Esto podría hacerse evitando los nacimientos a las mujeres que no desean más niños pero que ahora no están utilizando método anticonceptivo alguno. Dar a las mujeres mayor acceso a los servicios de planificación familiar contribuiría sustancialmente a lograr esta meta.

Population Information Program. "Employment-Based Family Planning Programs," Population Reports, (No.34) septiembre-octubre, 1987. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Universidad Johns Hopkins.

Esta edición presenta información actualizada sobre programas de planificación familiar con base en el empleo. El boletín delinea los diferentes tipos de servicios que se ofrecen y trata de proyectar los costos y los beneficios de servicios basados en las compañías. Se dan guías prácticas sobre cómo organizar servicios y sobre promocion y publicidad. Se incluyen experiencias de proyectos en varios paises.

Population Information Program. "Healthier Mothers and Children Through Family Planning", Population Reports, (No. 27) mayo-junio, 1984. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Universidad Johns Hopkins.

Esta edición presenta información similar a la que se presenta en el documento de Maine discutido arriba, pero amplia sobre él. Se da información más detallada sobre la relación entre el tamaño de la familia y la separación entre uno y otro niño, y las tasas de enfermedades infecciosas, crecimiento y desarrollo, defectos de nacimiento, e inteligencia y logros académicos. Ademas, da una amplia bibliografía.

World Federation of Public Health Associations. Family Planning for Maternal and Child Health: An Annotated Bibliography and Resource Directory. Washington, D.C.: WFPHA, 1986.

Este panfleto ofrece resumenes cortos de artículos y libros que se centran en muchos aspectos de la planificacion familiar. El primer capítulo, "El impacto de la planificación familiar sobre la salud materno/infantil," es de interés para esta sección. Los tres ultimos capítulos dan información sobre las fuentes de información bibliográfica, periodicos y organizaciones que se centran en la planificación familiar. Otros capítulos seran útiles como referencias para secciones venideras de este manual.

Otras referencias

JSI. Family Planning Private Sector Programme. Annual Report, 1985. Nairobi, Kenya: Family Planning Private Sector Program, JSI, 1985.

Streegan, O.M.S. "Cost Benefits ands Cost Effectiveness of Family Life and Family Planning Programmes in Hawaiian Philippine Company." En Family Planning in Industry in the Asian Region. Bangkok: ILO, 1979, pág. 140-156.

Sugathan, T. N. et al. "Impact of Family Planning Welfa Programmes in the Industrial Sector: An Estimate of Returns to Management, en Demography India 7 (1-2): 72-83, 1978.

SECCION IV

DINAMICA POPULAR, DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y SECTOR LUCRATIVO

TIEMPO SUGERIDO: 1 hora

Sección IV: Dinámica de población, desarrollo socioeconómico y el sector lucrativo

Los efectos de la dinamica de población sobre el desarrollo socioeconomico y el sector con fines de lucro se revisan para ayudar a los participantes a desarrollar mas sus razones basicas para ofrecer servicios de planificación familiar a través del sector privado.

NOTAS DEL CAPACITADOR

Objetivos para esta sección:

Después de completar las actividades de esta seccion, los participantes en el taller:

1. podrán describir los efectos que las altas tasas de crecimiento de la problación tienen sobre el desarrollo de sus propios países y sobre los prospectos de crecimiento de los negocios, particularmente sus propios negocios.

2. habran preparado las razones básicas por escrito para la inclusion de servicios de planificación familiar en sus empresas.

Razones básicas:

La comprensión de como la dinámica de la población afecta el desarrollo socioeconomico y, como resultado, el sector con fines de lucro, contribuirá a un mayor compromiso por parte del participante con respecto a la planificación familiar. Este compromiso da el ímpetu para desarrollar razones basicas por escrito respecto a los servicios de planificacion familiar que los participantes piensan poner en práctica en sus fabricas o plantaciones.

PROCEDIMIENTOS

- **Ejercicio intelectual: ¿Qué se quiere decir con la dinámica de población?**

  Los participantes dan respuestas a las preguntas, ¿Qué se quiere decir con la dinámica de la población? y Qué tiene el rápido crecimiento de la poblacion que ver con mi negocio?

  Tiempo: 10 minutos

- **Charla corta: Las consecuencias del rápido crecimiento de la población**

  Los participantes aprenden más acerca de los asuntos actuales sobre crecimiento de la población que se relacionan directamente con sus empresas y su compromiso de llevar servicios de planificación familiar a los trabajadores y a sus familias.

  Tiempo: 20 minutos

- **Evaluación: Preparando una declaracion escrita de las razones básicas para servicios de planificación familiar en las compañías**

  Los participantes preparan las razones basicas escritas, tomando de las charlas y las discusiones sobre el papel del sector privado en la promocion de planificación familiar (Seccion II), los beneficios a derivarse de la planificacion familiar (Seccion III), y las consecuencias del rápido crecimiento de la población (Seccion IV).

  Tiempo: 30 minutos

AL CAPACITADOR:

A seguidas un juego completo de materiales tanto para el capacitador como para los participantes, para su uso en la Sección IV.

EJERCICIO DE IDEAS:

¿QUE SE QUIERE DECIR CON LA DINAMICA DE POBLACION?

EJERCICIO DE IDEAS: ¿QUE QUIERE DECIR CON DINAMICA DE POBALCION?

Como actividad de introducción a la discusión sobre la dinámica de población y la relación entre los asuntos de población a nivel macro y como estos asuntos afectan los negocios individuales, a los participantes se les debe pedir respondan a dos preguntas:

- ¿Qué quiere decir con dinámica de población?
- ¿Qué tiene que ver la dinámica de población conmigo con mi negocio?

Para comenzar la discusión quizás usted quiera llamar la atención de los participantes hacia la página adjunta que destaca la tasa a que está creciendo la poblacion mundial. Utilizada para repartir, la hoja adjunta debe estimular a los participantes a que piensen en algunos de los términos claves relacionados con la dinamica de población·

-- tasa de crecimiento poblacional
-- tasa de fertilidad
-- tasa de nacimiento
-- tasa de mortalidad

Las respuestas de los participantes a las dos preguntas deben ser anotadas en hojas grandes y colocadas donde todos puedan verlas durante el transcurso restante del taller. La discusión debe buscar lazos establecidos entre el crecimiento poblacional a nivel macro y la realidad del nivel micro.

AL CAPACITADOR:

Podrían usarse artículos sobre asuntos de población de periódicos locales o nacionales para ser utilizados en vez de la hoja para repartir, con el fin de ayudar a los participantes a hacer la conexión entre los asuntos de dinámica de población al nivel macro y como estos afectan o podrían afectar a los empleados, y por lo tanto, sus negocios.

DINAMICA DE POBLACION: En 30 segundos...

Las comunidades demográficas... están en mejor posición que casi cualquier otro grupo para agregar otra dimensión a su trabajo e idear los medios no sólo para comunicarse con sus compañeros, sino también de diseminar informacion en formas comprensibles para que las personas sean tocadas por los problemas de población, lo que realmente quiere decir que todos deberían entender las implicaciones de la población como un factor en la vida diaria. (27 de agosto de 1973)

En la misma forma que el desarrollo efectivo depende del conocimiento confiable de los recursos naturales y otros, así la planificación efectiva del desarrollo depende de un conocimiento confiable de la composición, crecimiento y movimiento de la población. (21 de mayo de 1975)

Rafael Salas, Director Ejecutivo
Fondo de las Naciones Unidas para las
Actividades de Población

En los 30 segundos que le tomo a usted leer la declaración anterior sobre población, algunos 129 niños nacieron en el mundo. Algunas 50 personas murieron durante el mismo medio minuto, y de esta forma el mundo experimentó un aumento neto de 79 nuevos habitantes. Esto se traduce en un incremento de 83 millones de personas cada año, en un planeta que el 1ro. de julio de 1986 ya tenía una poblacion estimada en 4,942,000,000.

La "explosión damografica" - sobrepoblación - no es una catástrofe que ocurrirá en alguna hora especifica en el futuro. Más bien, es un callado evento de día a día que ya ha ocurrido en algunas partes del mundo con tristes resultados:

- hacinamiento;
- agotamiento de recursos disponibles;
- desnutrición crónica; y
- hambruna.

Adaptado de:
Kaupt and Kane. Population Handbook.
Washington, D.C.: Population
Reference Bureau, 1982/1986.

DINAMICA DE POBLACION: En 30 segundos...

Las comunidades demográficas.. están en mejor posición que casi cualquier otro grupo para agregar otra dimensión a su trabajo e idear los medios no sólo para comunicarse con sus compañeros, sino también de diseminar información en formas comprensibles para que las personas sean tocadas por los problemas de población, lo que realmente quiere decir que todos deberían entender las implicaciones de la población como un factor en la vida diaria (27 de agosto de 1973)

En la misma forma que el desarrollo efectivo depende del conocimiento confiable de los recursos naturales y otros, así la planificación efectiva del desarrollo depende de un conocimiento confiable de la composición, crecimiento y movimiento de la población. (21 de mayo de 1975)

Rafael Salas, Director Ejecutivo
Fondo de las Naciones Unidas para las
Actividades de Población

En los 30 segundos que le tomó a usted leer la declaración anterior sobre población, algunos 129 niños nacieron en el mundo. Algunas 50 personas murieron durante el mismo medio minuto, y de esta forma el mundo experimentó un aumento neto de 79 nuevos habitantes. Esto se traduce en un incremento de 83 millones de personas cada año, en un planeta que el 1ro. de julio de 1986 ya tenía una población estimada en 4,942,000,000.

La "explosión demográfica" - sobrepoblación - no es una catástrofe que ocurrirá en alguna hora específica en el futuro. Más bien, es un callado evento de día a día que ya ha ocurrido en algunas partes del mundo con tristes resultados:

- hacinamiento;
- agotamiento de recursos disponibles;
- desnutrición crónica; y
- hambruna.

Adaptado de:
Kaupt and Kane. Population Handbook.
Washington, D.C.: Population
Reference Bureau, 1982/1986.

CHARLA CORTA:

LAS CONSECUENCIAS DEL RAPIDO CRECIMIENTO DE LA POBLACION

LAS CONSECUENCIAS DEL RAPIDO CRECIMIENTO DE LA POBLACION

Para muchos países, el rápido crecimiento poblacional representa un problema. La experiencia nos muestra que el rápido crecimiento poblacional puede frenar el desarrollo y reducir severamente las posibilidades de elevar los estándares de vida. Esto ha sido particularmente cierto en Africa meridional. En los años entre 1970 y 1982, tanto el producto nacional bruto y la población crecieron en aproximadamente un 3 por ciento anual.

Las proyecciones estándares del Banco Mundial muestran el crecimiento poblacional continuo a un 3 por ciento en Africa meridional hasta fines de este siglo, de aproximadamente 460 millones en 1985 a 730 millones para el año 2000 y 1.8 mil millones para el año 2050. La tasa de crecimiento poblacional en Asia es actualmente de 1.7%, mientras que en América Latina permanece en 2.3% así como en el Cercano Oriente; hay pocas probabilidades de que esta tasa decline rápidamente. Las implicaciones de las altas tasas de crecimiento poblacional sobre la educación, la atencion de la salud, la disminución en la producción agrícola y de alimentos, y el medio ambiente en general, ya son evidentes en muchos países.

Cuando estos problemas se combinan con las increíbles tasas de desempleo, especialmente entre los recién egresados de las escuelas que no son absorbidos por la economía, el resultado final son aquellos resultados vistos diariamente en los periódicos El entendimiento de la dinámica de la población y de los efectos de las altas tasas de crecimiento poblacional sobre la economía nacional y local en las cuales funciona su negocio, puede ser mejor ilustrado utilizando ejemplos más específicos.

¿Por qué es un problema el rápido crecimiento poblacional?

Tanto el sector público como el privado deben preocuparse por la pregunta de por qué el rápido crecimiento poblacional es un problema. No necesitamos que los economistas nos digan que el ingreso per cápita crecerá solamente cuando las personas estén equipadas para trabajar de manera más productiva. Se necesita más que conocimientos y tecnología para el crecimiento económico. La buena salud, los recursos financieros y económicos deben crecer con mayor rapidez que la población. En muchos países, esto no está ocurriendo.

Además de la falta de crecimiento per capita a corto plazo, el rápido crecimiento poblacional puede acarrear pérdidas en el potencial de crecimiento económico a largo plazo y de mejores estándares de vida. El rápido crecimiento poblacional también contribuye a:

- alta mortalidad materno/infantil;
- continuo deterioro del medio ambiente y mal uso de los recursos naturales;

- mayor presión sobre los sistemas de educación y de bienestar social; y
- la creación de una fuerza laboral con crecimiento más rápido que la que pueden absorber los sectores formal e informal.

Lo que surge de esta breve discusion es la conciencia de que el rápido crecimiento poblacional destaca la necesidad de mayores políticas sociales y económicas que estimulen el desarrollo de forma eficaz. Estas políticas deben tomar en consideración las actitudes tradicionales y cambiantes hacia la planificacion familiar y la fertilidad. Al mismo tiempo, las nuevas políticas deben reflejar más que palabras de los gobiernos y el sector privado, si se ha de lograr progreso en la reducción del rapido crecimiento poblacional.

¿De qué resulta el rápido crecimiento de la población?

Africa meridional es la unica región del mundo donde no ha disminuído la tasa de crecimiento poblacional. El crecimiento en los países industrializados ha estado disminuyendo durante las dos décadas pasadas. En algunos países la tasa de crecimiento está por debajo de cero. En América Latina, la tasa de crecimiento llegó al maximo en 2.9 por ciento en 1960 y actualmente esta en 2.4 por ciento. En el sureste de Asia, la tasa es actualmente de 2.1 por ciento. La Transparencia 1 muestra tasas de crecimiento poblacional en regiones seleccionadas del mundo para el período 1950 - 1985.

El rapido crecimiento poblacional es el resultado de una caída en las tasas de mortalidad y ninguna disminucion en las de natalidad. La expectativa de vida ha aumentado substancialmente en muchos países durante las tres últimas decadas. Se han logrado grandes avances en la supervivencia infantil De acuerdo con un reciente informe del Banco Mundial, la expectativa de vida por debajo de los 40 años y las tasas de mortalidad infantil de 200 o más por mil eran comunes en la década de los 50. Estas cifras habían ya cambiado bastante en la década de los 80. Las tasas de expectativa de vida por debajo de 45 eran ya raras y las tasas de mortalidad infantil de menos de 100 eran comunes.

La fertilidad continua siendo alta en Africa Los estimados actuales de las tasas totales de fertilidad son de 6, y en algunos casos 7, en la mayoría de los países africanos. Esto se compara con 2-4 en China y el sureste de Asia. Con la excepción de uno de los países africanos, Zimbabwe, (Banco Mundial, 1986), no hay ningun caso documentado de disminucion nacional de la fertilidad en Africa.

Hoy en día, en Africa es muy poco prevaleciente el uso de anticonceptivos. A pesar de que la tasa varía de país en país, el promedio es de alrededor del diez por ciento para las mujeres casadas entre las edades de 15-49 años de edad que usan alguna forma de anticoncepción para espaciar los niños o limitar el numero de embarazos.

Cuando se combina la baja tasa de uso de anticonceptivos con la disminución de la tasa de mortalidad, especialmente la tasa de mortalidad infantil que ha disminuído en la mayoría de los países en los pasados diez años, el resultado final ha sido el aumento del crecimiento poblacional Agregado a este fenómeno también ha habido un descenso de los métodos tradicionales de control de la natilidad, tales como la lactancia prolongada y la abstinencia post parto. De esta forma, la modernizacion misma ha causado un moderado aumento de la fertilidad.

El crecimiento poblacional también se ve afectado por la migración entre los países, por la urbanización y por la estructura general de edades de la población. En Asia, la densidad de la población tiende a ser alta (de 42 a 600 personas por kilómetro cuadrado) en comparación con Africa (de 1 a 200 personas por kilómetro cuadrado). En el pasado, la migracion a gran escala entre países de Africa era un medio comun de aliviar las tensiones de la población. Ese no es el caso hoy en día, donde los aumentos naturales de la población tendrán que ser absorbidos dentro de los límites de un país, como es el caso de Indonesia

En muchos países la población es joven, con los niños representando por lo menos el 45 por ciento de la población en muchos países de Africa. Esto quiere decir que una gran proporción de los recursos disponibles deben ser utilizados para las necesidades de educación y de salud de este grupo. También quiere decir que el crecimiento poblacional tiene un impulso de por sí. Si la tasa total de fertilidad cayera inmediatamente a un nivel de reemplazo de 2 2 nacimientos por mujer, el Banco Mundial estima que tomaría 100 años antes que la población de Africa dejara de crecer.

¿Cuáles son las consecuencias del rápido crecimiento de la población?

Las consecuencias del rápido crecimiento poblacional caen dentro de dos áreas: los efectos de una alta fertilidad sobre la salud materno/infantil y los efectos del rápido crecimiento de la población sobre la economía.

Fertilidad. Para la mayoría de las personas, las consecuencias del rápido crecimiento poblacional se sienten mayormente a nivel del individuo y de la familia, donde los efectos de una alta fertilidad se ven en la salud de la madre y del niño. Las probabilidades de una mujer enfermarse o morir durante el embarazo y el parto se mantienen muy altas. Como lo demostrara la discusión en la Sección III, los riesgos son menores si una mujer tiene menos de cinco partos, y si está entre las edades de 20 a 35 años cuando tiene sus hijos. Los riesgos también se aumentan grandemente para los niños si no nacen con dos años de intervalo y si la madre no tiene entre 20 a 35 años de edad.

Al nivel de la familia hay evidencia de la demanda de servicios de planificación familiar. Encuestas de prevalecencia de anticonceptivos, que ofrecen una medida del uso existente y de la demanda de servicios de planificación familiar, han sido llevadas a cabo en Africa desde 1974. Encuestas de mujeres casadas entre las edades de 15 y 44 en diez países africanos mostraron que el 44% de las mujeres contactadas indicaron querer demorar el próximo nacimiento o no tener más hijos. Esto se compara con el 66% en Asia y el Cercano Oriente y 90% en América Latina y el Caribe.

Las encuestas indican que hay demanda por servicios de planificación familiar en los países más pobres de la región y entre las mujeres rurales y sin educacion. En un pais, donde sólo el 3% de las mujeres esta alfabetizado, el 54% quería demorar el nacimiento de su próximo hijo y no tener mas hijos. En otro país, donde sólo aproximadamente el ocho por ciento de las mujeres continúa más allá de la escuela primaria, una encuesta hecha en 1982 demostró que el 28% quería espaciar o limitar los futuros embarazos.

Aun cuando el numero de mujeres que indican un aparente deseo de espaciar los niños y que quieren tener acceso a servicios de planificación familiar es alto en muchos países de Africa, los servicios son aun inexistentes. Por lo tanto, un reto fundamental es ver como se cierra esta brecha entre lo que la gente quiere y lo que está disponible a ellos en términos de servicios de planificacion familiar.

Economía. Los efectos del rápido crecimiento poblacional se reflejan en la habilidad nacional de elevar la producción agrícola per cápita, proteger los recursos naturales y el medio ambiente, elevar la productividad del empleo y desarrollar los recursos humanos a traves de inversiones en la educacion y los servicios de salud.

En muchos países, más del 60 por ciento de la fuerza laboral trabaja en la agricultura. Por esto, el éxito o el fracaso de las economías de muchos países está directamente relacionado con el exito o el fracaso de la agricultura. Cuando la distribución de buena tierra no siempre coincide con la distribución de la población, cuando predominan los métodos tradicionales de agricultura, y donde la tecnología está todavía en pañales, el potencial de la agricultura es limitado. Cuando esto se aúna a un amplio daño a la ecología, las poblaciones se hacen vulnerables a las sequías y otros problemas causados por el clima.

Los recursos son de dos tipos -- no renovables (gastables) y renovables (resuministrables). Ambos tipos se ven afectados por el rápido crecimiento de la población. Los primeros son finitos y el uso excesivo o en demasía en un período del desarrollo de un pais significa menos para las futuras generaciones. El uso del último tipo no necesariamente afecta su uso en el futuro a menos que se exceda el proceso de renovación de ellos. El riesgo de una utilizacion excesiva es mayor cuando existe un rapido crecimiento de la poblacion. La escasez de madera para combustible y el rapido aumento del precio de esta madera en Africa en las ultimas dos décadas, es un excelente ejemplo de lo que ocurre cuando una fuente renovable es utilizada a un paso mayor al de su renovación.

En algunos países, especialmente en Asia y en América Latina, ha habido un cambio gradual de la fuerza laboral de la agricultura a otros sectores. En América Latina y en partes de Asia este declive comenzó en la década de los 60. En Africa, el declive no comenzará hasta bien entrado el proximo siglo. Este cambio de la mano de obra agrícola en otras regiones ha estado acompañado de mayor productividad en el sector de modo que la transición se ha llevado a cabo sin pérdida del nivel de producción.

¿Qué puede hacerse? ¿Qué puede hacer el sector privado?

Los servicios de planificación familiar por sí solos no resolverán el problema de como disminuir la fertilidad. Aquéllos vinculados a programas de planificación familiar tendrán que enfrentar una serie de factores. Estos incluyen:

- la necesidad de cambiar las actitudes masculinas;
- la importante función económica que los niños jugando, especialmente en las áreas rurales; y
- el papel de la mujer y el lento progreso en la mejora del estatus y los derechos de la mujer.

Muchos formuladores de políticas y practicantes de la planificación familiar también están convencidos de que ocurrira una disminución en la fertilidad una vez el mensaje básico de la planificación familiar se establezca, es decir, que la gente puede controlar su fertilidad sin poner en peligro su bienestar social y económico. Un supuesto desde el cual debemos trabajar, y que está apoyado por las encuestas de prevalecencia de la fertilidad, es que hay un fuerte interés por la planificación familiar por parte de las mujeres y que esa necesidad aún no ha sido cubierta por los programas existentes.

¿Qué ocurre entonces con el papel del sector privado en la entrega de servicios de planificación familiar? Hay varias respuestas a esta pregunta, algunas de las cuales provienen del papel histórico del sector privado en la entrega de servicios médicos y de beneficios a los empleados. En muchos países, por largo tiempo se ha entendido que el gobierno no puede, y quizás no debe, ser el único proveedor de servicios médicos y de planificación familiar. Esto en parte ha estado basado en la observación de que aun cuando los recursos gubernamentales son abundantes, la capacidad de alcance ha sido baja.

EJERCICIO DE EVALUACION:

PREPARANDO RAZONES BASICAS POR ESCRITO PARA PROVEER SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS

EJERCICIO DE EVALUACION:
PREPARANDO RAZONES BASICAS POR ESCRITO
PARA PROVEER SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS

Un paso inicial e importante en el proceso de planificación de servicios de planificación familiar en las compañías es la preparación de la declaración escrita de las razones básicas para proveer el servicio. La Sección II del manual discutió el papel que el sector comercial privado está actualmente jugando en la promoción de servicios en las compañías. En la Seccion III, se llamo su atención sobre los beneficios a derivarse de la inversion del sector privado en la organización de servicios para los empleados en las fabricas y las plantaciones. En estas dos secciones se aumentó su conciencia sobre un numero de asuntos.

Al final de la Seccion II usted identificó un número de asuntos relacionados con la organización de servicios en las compañías Estos asuntos serán discutidos mas profundamente en las próximas tres secciones del manual. Determinar cuales de estos asuntos son importantes en su situación y lo que usted, a su vez, decida hacer al respecto, estará influenciado por los beneficios que usted espera de sus inversiones.

Al final de la Sección III, usted preparó una declaracion escrita de los beneficios que usted esperaría de su inversión en los servicios de planificación familiar en su empresa. Por favor repaselo, preguntándose si su declaración abarca todo lo que usted desearía. Cuando haya completado su tarea, siga al siguiente párrafo.

Lo que usted debe hacer ahora es preparar una declaración, por escrito, de las razones básicas que enlazan los asuntos de dinámica de la población a los niveles macro y micro, y que incorpora:

- una declaración amplia de los asuntos que usted encarar al proveer servicios de planificación familiar en el sitio;
- una declaración del papel que jugará su empresa; y
- su declaración de los beneficios esperados de su inversión en los servicios de planificación familiar.

Utilice la hoja adjunta para escribir su declaración de razones básicas.

EJERCICIO DE EVALUACION:
PREPARANDO RAZONES BASICAS POR ESCRITO
PARA PROVEER SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS

Un paso inicial e importante en el proceso de planificación de servicios de planificación familiar en las compañías es la preparación de la declaración escrita de las razones básicas para proveer el servicio. La Sección II del manual discutió el papel que el sector comercial privado está actualmente jugando en la promoción de servicios en las compañias. En la Seccion III, se llamó su atención sobre los beneficios a derivarse de la inversion del sector privado en la organización de servicios para los empleados en las fábricas y las plantaciones. En estas dos secciones se aumentó su conciencia sobre un número de asuntos.

Al final de la Sección II usted identificó un numero de asuntos relacionados con la organización de servicios en las compañias Estos asuntos serán discutidos más profundamente en las próximas tres secciones del manual. Determinar cuales de estos asuntos son importantes en su situación y lo que usted, a su vez, decida hacer al respecto, estará influenciado por los beneficios que usted espera de sus inversiones.

Al final de la Sección III, usted preparó una declaración escrita de los beneficios que usted esperaría de su inversión en los servicios de planificación familiar en su empresa. Por favor repáselo, preguntándose si su declaración abarca todo lo que usted desearía. Cuando haya completado su tarea, siga al siguiente parrafo.

Lo que usted debe hacer ahora es preparar una declaración, por escrito, de las razones básicas que enlazan los asuntos de dinámica de la población a los niveles macro y micro, y que incorpora:

- una declaración amplia de los asuntos que usted encarar al proveer servicios de planificación familiar en el sitio;
- una declaración del papel que jugará su empresa; y
- su declaración de los beneficios esperados de su inversión en los servicios de planificación familiar.

Utilice la hoja adjunta para escribir su declaración de razones básicas.

REFERENCIAS

Como utilizar los materiales de referencia para la sección:

En ésta se enlista una serie de documentos que pueden servir de ayuda a los capacitadores al prepararse para los talleres y a los participantes como material de referencia adicional sobre los tópicos presentados en esta sección del manual. Mientras todos los artículos son útiles, los siguientes dan un significativo historial de la relación entre el crecimiento de la población y el desarrollo socioeconómico, con especial énfasis en el sector con fines lucrativos.

Haupt, A. y T. T. Kane. Population Handbook. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1980. (75 pág.)

Este libro es una guía rápida del lenguaje de la dinámica de la población. Un glosario presenta definiciones de los términos comúnmente utilizados y hay traducciones de cada término al español y al francés. Los términos estadísticos tales como tasa de fertilidad, tiempo de doblaje, tasa de prevalecencia y otros, no sólo se definen sino que se dan fórmulas, con ejemplos, para calcularlos.

OIT Management and Population Questions. Ginebra: OIT, 1975.

Esta monografía discute las implicaciones de los problemas de población para los patrones y sus organizaciones. Delínea las contribuciones que ellos pueden hacer al lidiar con estos problemas por sí mismos, dentro de la constitución tripartita y en cooperación con otras agencias.

Population Information Program. "Fertility and Family Planning Surveys: An Update." Population Reports, Número 8, Serie M, 1985. Baltimore, Maryland, Population Information Program, Johns Hopkins University.

Este número presenta un resumen de los hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Fertilidad y las Encuestas de Prevalecencia de Anticonceptivos que entrevistaron a casi 500,00 mujeres en todo el mundo. Los resultados se presentan bajo encabezamientos de conocimientos de planificación familiar, uso de planificación familiar, disponibilidad de planificación familiar, niveles y tendencias de fertilidad, mortalidad infantil, y políticas y aplicaciones de programas. Las numerosas tablas de datos, por país, pueden ser de ayuda en la preparación de presentaciones sobre la dinamica de la población y su relación con otros elementos del desarrollo.

Population Reference Bureau. World Population Data Sheet, 1986. Washington, D. C.: Population Reference Bureau, 1986.

Este cuadro para colocar en la pared, presenta datos relacionados con la población para todos los estados miembros de las Naciones Unidas. Con una mirada el capacitador o el estudiante puede ver la relación entre la tasa de crecimiento poblacional y otros indicadores de

población y el PNB per cápita, la expectativa de vida, y la mortalidad infantil. Un cuadro claro del impacto que la dinámica de la población tiene sobre la salud y los ingresos, es rápidamente visible.

Banco Mundial. Population Change and Economic Development. Londres: Oxford University Press, 1985.

Este libro da un análisis completo de la relación entre las tasas de crecimiento de la población y el desarrollo económico. Se presenta la información en texto escrito, gráficas y cuadros. Muchas de las gráficas y los cuadros pueden ser útiles en la presentación de esta información a los participantes en el taller. En un apéndice estadístico, se presentan datos de todos los países del mundo.

_____. Population Growth and Policies in Sub-Saharan Africa. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1986.

Este estudio de políticas del Banco Mundial da un marco para ayudar a los formuladores de políticas africanos a reconocer lo complicado de los asuntos de población y a diseñar enfoques para lidiar con los problemas de población. El informe ofrece un cuadro completo de la magnitud y las causas subyacentes del rápido crecimiento de la población en Africa y enfatiza que el rápido crecimiento de la población no es ni deseable ni necesario.

Otras referencias

Brown, L. State of the World. Nueva York: Worldwatch Institute, 1984.

Harrison, P. y J. Rowley. Human Numbers, Human Needs: A People Handbook. Nueva York: IPPF, 1984.

Maguire, E., S. Radloff y A. Allison. Population Policy Change in Africa. Washington, DC: Agencia Internacional para el Desarrollo, Policy Planning and Coordination, 1985.

SECCION V

INTRODUCCION A LA TECNOLOGIA DEL ANTICONCEPTIVO Y LA PROMOCION DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

TIEMPO SUGERIDO: 4 horas 10 minutos

Sección V: Introducción a la tecnología del anticonceptivo y la promoción de servicios de planificación familiar

En esta sección, a los participantes en el taller se les presenta información sobre la tecnología del anticonceptivo y las actividades de promoción como apoyo a los servicios en las compañías.

NOTAS DEL CAPACITADOR

Objetivos para esta sección:

Después de completar las actividades de esta sección, los participantes en el taller podrán:

1. comunicar un entendimiento básico de los principales metodos tradicionales y modernos y/o disponibles de planificación familiar o espaciamiento de los nacimientos, y/o disponibles en el área de servicios, incluyendo la planificacion familiar natural. Esto incluye: el mecanismo basico de los métodos (barrera, hormonal, DIU y quirurgico); beneficios (ej. salud, conveniencia, disponibilidad); riesgos (ej salud, social); y costos (ej. financieros, sociales, familiares);

2. discutir "equivocaciones" comunes respecto a los modernos metodos anticonceptivos y dar explicaciones refutando estas ideas erradas;

3. comprender los diversos factores a considerar al desarrollar un protocolo para el uso del personal de la clínica cuando ayuden a los pacientes en la selección de un método;

4. comprender los diversos factores médicos, sociales, culturales, y económicos que puedan estar relacionados con la selección y promoción de una mezcla de métodos anticonceptivos en su entorno particular;

5. identificar mecanismos para promover los servicios de planificación familiar en un entorno en particular;

6. identificar los recursos internos y externos potenciales para la promoción de materiales y de actividades.

Razones básicas

Para poder planificar y administrar sabiamente servicios de planificación familiar en las compañías, la administración de la fábrica y el personal de salud necesitan comprender que opciones de anticonceptivos existen, saber que gama de servicios ofrecer, e identificar mecanismos para promover los servicios de planificación familiar. Un entendimiento de estos asuntos ayudará a la

administración y al personal de salud de la fábrica a estimar los recursos de material, personal y financieros necesarios para una entrega eficaz de servicios en una fábrica o plantación.

PROCEDIMIENTOS

- **Introducción**

  Los participantes completarán una breve prueba previa a la charla.

  Tiempo: 15 minutos

- **Charla corta: una introducción a la tecnología del anticonceptivo**

  Los participantes aprenden, repasan y discuten los métodos basicos tradicionales y modernos de planificación familiar. Los materiales de los participantes explican cada método, los beneficios del método y los riesgos de cada uno de ellos. En el juego de referencia hay información actualizada en detalle sobre cada método.

  Tiempo: 45 minutos

- **Charla corta: factores a considerar al evaluar los métodos modernos y tradicionales de espaciar los nacimientos y los métodos permanentes de anticoncepción**

  Los participantes son expuestos a los factores que necesitarán considerar al evaluar un método para su inclusión en los servicios ofrecidos por sus empresas.

  Tiempo: 20 minutos

- **Ejercicio: calculando protección pareja-año (PPA)**

  Los participantes son familiarizados con un método de medición del rendimiento de la planificación familiar, el índice PPA. Este método resume el resultado general de un programa en términos de protección potencial anticonceptiva provista por el programa.

  Tiempo: 15 minutos

- **Ejercicio: discusión después de la prueba**

  Tiempo: 15 minutos

- **Charla corta: el papel de IE&C en la promoción de aceptación de la planificación familiar**

  Los participantes se familiarizan con el papel del IE&C ayudando a promover la aceptacion de la planificación familiar y examinan el proceso de planificación de los esfuerzos de IE&C.

  Tiempo: 30 minutos

- **Estudios de caso: difundiendo el mensaje - enfoques utilizados por el IE&C en la promoción de prácticas de planificación familiar**

  Por medio de tres estudios de caso, los participantes desarrollan una comprension de como las actividades de promoción de IE&C pueden tener diferentes objetivos, dependiendo del medio ambiente en el cual se llevan a cabo las actividades de planificación familiar.

  Tiempo: 1 hora

- **Exposición del material de IE&C**

  Se presentan y discuten ejemplos de los esfuerzos de IE&C. Estos incluirán medios de expresión folklórica, afiches, calendarios, panfletos, periódicos, anuncios cortos de radio y de televisión. Los materiales están en exhibición prominente durante el transcurso de todo el taller.

  Tiempo: 30 minutos

- **Evaluación**

  Los participantes discuten los objetivos potenciales de las actividades de promoción del IE&C en sus empresas y consideran en que forma los enfoques del IE&C podrían ser de mayor utilidad en sus entornos. Esta discusión incluye la identificación de los recursos existentes de IE&C en el país, donde buscar otros recursos, y cuales son algunas de las implicaciones de costos para desarrollar material de IE&C.

  Tiempo: 20 minutos

PARA EL CAPACITADOR: La experiencia con esta sección del módulo nos muestra que frecuentemente es útil dividir a los participantes en el taller entre personal médico y personal no médico para las presentaciones de la tecnología de anticoncepción. Al hacerlo así, las presentaciones para el personal médico pueden tomar la forma de una actualización mientras que los que no son del personal médico reciben una introducción más general a la tecnología de la anticoncepción.

Como una ayuda visual en la evaluación de la comprensión del material sobre tecnología del anticonceptivo por parte del participante, se ha desarrollado un breve cuestionario para su uso como prueba anterior y posterior. La prueba previa debe ser dada durante la Sección de Introducción. La prueba posterior está diseñada para ser dada a continuación del ejercicio, "Calculando año protección por pareja (APP)". Las preguntas están ajustadas al material de lectura presentado en las dos charlas cortas.

PRUEBA ANTERIOR/PRUEBA POSTERIOR
SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. La Sra. T dice: "El periódico dice que las pastillas orales causan esterilidad".

   ¿Cuál respuesta es la mejor?

   ( ) 1. Que es completamente incierto. No se fíe de los periódicos.
   ( ) 2. Las pastillas con frecuencia causan esterilidad.
   (X) 3. La mayoria de las mujeres pueden tener un niño poco tiempo después de dejar de tomar la pastilla. Muy pocas tienen alguna dificultad.

2. ¿Qué es cierto?

   Una mujer está más fértil (tiene la mayor probabilidad de quedar embarazada).

   ( ) 1. justo antes del inicio de la menstruación.
   ( ) 2. justo después que termina.
   (X) 3. en la mitad del ciclo.

3. Algunas veces un rumor comienza con un hecho verídico. Se convierte en rumor cuando la gente exagera.

   ESCRIBA "realidad" o "rumor" junto a las frases a continuación.

   Rumor: La pastilla oral esteriliza permanentemente a las mujeres.

   Realidad: Muy pocas mujeres han tenido problemas para quedar embarazadas después de haber dejado de tomar la pastilla.

4. La lactancia materna es un buen método de evitar el especialmente durante los primeros meses siguientes al parto.

   ¿Cuál(es) es (son) verdad?

   (X) 1. La razón principal por la cual las mujeres lactan a sus hijos es nutricional.
   (X) 2. A mayor tiempo la mujer lacte, más efectiva es la prevención de disminución de embarazos.
   (X) 3. Una mujer está en mayor riesgo de embarazo una vez que su período (menstruación) ha vuelto.

5. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden ser combinados sin con la lactancia materna?

(X) 1. Los condones
(X) 2. Un diafragma
(X) 3. Pastillas orales que contienen estrógeno y progesterona
(X) 4. Tabletas vaginales espumosas

6. La Sra. T. está cansada de las "náuseas en la mañana" con las pastillas anticonceptivas orales.

¿Debe ella pedirle a su esposo que tome la pastilla por ella?

( ) Sí
(X) No

7. El esposo de la Sra. T. dice que los condones no son buenos para evitar el embarazo.

¿Qué respuesta es mejor?

( ) 1. Su esposo tiene razón porque los condones muchas veces se rompen.
( ) 2. Tienen muchos efectos colaterales.
(X) 3. Utilizados correctamente, los condones son efectivos en la prevención del embarazo y también ayudan a evitar la contaminación de ETS (enfermedades transmitidas sexualmente).

8. Los nuevos DIU tales como la T de Cobre (TCu 380A) son más efectivos para prevenir el embarazo que los tipos antiguos.

¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

( ) Pueden dejarse puestos indefinidamente -- más de cinco años.
(X) Tienden a causar menos sangradura que los tipos antiguos.

9. En general, las operaciones utilizadas para dar anticoncepción permanente (esterilización) en las mujeres son:

(ponga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

más o menos difícil de efectuar, más cara y más arriesgada que la operación masculina (vasectomía)

10. En su país, ¿qué cree usted que es más seguro?

( ) que una mujer tenga un niño
(X) que ella tome pastillas orales y no quede embarazada

PRUEBA ANTERIOR SOBRE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. La Sra. T dice: "El periódico dice que las pastillas orales causan esterilidad".

   ¿Cuál respuesta es la mejor?

   ( ) 1. Que es completamente incierto. No se fie de los periódicos.
   ( ) 2. Las pastillas con frecuencia causan esterilidad.
   ( ) 3. La mayoría de las mujeres pueden tener un niño poco tiempo después de dejar de tomar la pastilla. Muy pocas tienen alguna dificultad.

2. ¿Qué es cierto?

   Una mujer está más fértil (tiene la mayor probabilidad de quedar embarazada).

   ( ) 1. justo antes del inicio de la menstruación.
   ( ) 2. justo después que termina.
   ( ) 3. en la mitad del ciclo.

3. Algunas veces un rumor comienza con un hecho verídico. Se convierte en rumor cuando la gente exagera.

   ESCRIBA "realidad" o "rumor" junto a las frases a continuación.

   _____ La pastilla oral esteriliza permanentemente a las mujeres.

   _____ Muy pocas mujeres han tenido problemas para quedar embarazadas después de haber dejado de tomar la pastilla.

4. La lactancia materna es un buen método de evitar el especialmente durante los primeros meses siguientes al parto.

   ¿Cuál(es) es (son) verdad?

   ( ) 1. La razón principal por la cual las mujeres lactan a sus hijos es nutricional.
   ( ) 2. A mayor tiempo la mujer lacte, más efectiva es la prevención de disminución de embarazos.
   ( ) 3. Una mujer esta en mayor riesgo de embarazo una vez que su período (menstruación) ha vuelto.

5. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden ser combinados sin con la lactancia materna?

( ) 1. Los condones
( ) 2. Un diafragma
( ) 3. Pastillas orales que contienen estrógeno y progesterona
( ) 4. Tabletas vaginales espumosas

6. La Sra. T. está cansada de las "náuseas en la mañana" con las pastillas anticonceptivas orales.

¿Debe ella pedirle a su esposo que tome la pastilla por ella?

( ) Sí
( ) No

7. El esposo de la Sra. T. dice que los condones no son buenos para evitar el embarazo.

¿Qué respuesta es mejor?

( ) 1. Su esposo tiene razón porque los condones muchas veces se rompen.
( ) 2. Tienen muchos efectos colaterales.
( ) 3. Utilizados correctamente, los condones son efectivos en la prevención del embarazo y también ayudan a evitar la contaminación de ETS (enfermedades transmitidas sexualmente).

8. Los nuevos DIU tales como la T de Cobre (TCu 380A) son más efectivos para prevenir el embarazo que los tipos antiguos.

¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

( ) Pueden dejarse puestos indefinidamente -- más de cinco años.
( ) Tienden a causar menos sangradura que los tipos antiguos.

9. En general, las operaciones utilizadas para dar anticoncepción permanente (esterilización) en las mujeres son:

(ponga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

<u>más</u> o <u>menos</u> difícil de efectuar, más cara y más arriesgada que la operación masculina (vasectomía)

10. En su país, ¿Qué cree usted que es más seguro?

( ) que una mujer tenga un niño
( ) que ella tome pastillas orales y no quede embarazada

PRUEBA POSTERIOR SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. La Sra. T dice: "El periódico dice que las pastillas orales causan esterilidad".

   ¿Cuál respuesta es la mejor?

   ( ) 1. Que es completamente incierto. No se f'e de los periódicos.
   ( ) 2. Las pastillas con frecuencia causan esterilidad.
   ( ) 3. La mayoría de las mujeres pueden tener un niño poco tiempo después de dejar de tomar la pastilla. Muy pocas tienen alguna dificultad.

2. ¿Qué es cierto?

   Una mujer está más fértil (tiene la mayor probabilidad de quedar embarazada).

   ( ) 1. justo antes del inicio de la menstruación.
   ( ) 2. justo después que termina.
   ( ) 3. en la mitad del ciclo.

3. Algunas veces un rumor comienza con un hecho verídico. Se convierte en rumor cuando la gente exagera.

   ESCRIBA "realidad" o "rumor" junto a las frases a continuación.

   _____ La pastilla oral esteriliza permanentemente a las mujeres.

   _____ Muy pocas mujeres han tenido problemas para quedar embarazadas después de haber dejado de tomar la pastilla.

4. La lactancia materna es un buen método de evitar el especialmente durante los primeros meses siguientes al parto.

   Cuál(es) es (son) verdad?

   ( ) 1. La razón principal por la cual las mujeres lactan a sus hijos es nutricional.
   ( ) 2. A mayor tiempo la mujer lacte, más efectiva es la prevención de disminución de embarazos.
   ( ) 3. Una mujer esta en mayor riesgo de embarazo una vez que su período (menstruación) ha vuelto.

5. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden ser combinados sin con la lactancia materna?

( ) 1. Los condones
( ) 2. Un diafragma
( ) 3. Pastillas orales que contienen estrógeno y progesterona
( ) 4. Tabletas vaginales espumosas

6. La Sra. T. está cansada de las "náuseas en la mañana" con las pastillas anticonceptivas orales.

¿Debe ella pedirle a su esposo que tome la pastilla por ella?

( ) Sí
( ) No

7. El esposo de la Sra. T. dice que los condones no son buenos para evitar el embarazo.

¿Qué respuesta es mejor?

( ) 1. Su esposo tiene razón porque los condones muchas veces se rompen.
( ) 2. Tienen muchos efectos colaterales.
( ) 3. Utilizados correctamente, los condones son efectivos en la prevención del embarazo y también ayudan a evitar la contaminación de ETS (enfermedades transmitidas sexualmente).

8. Los nuevos DIU tales como la T de Cobre (TCu 380A) son más efectivos para prevenir el embarazo que los tipos antiguos.

¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

( ) Pueden dejarse puestos indefinidamente -- más de cinco años.
( ) Tienden a causar menos sangradura que los tipos antiguos.

9. En general, las operaciones utilizadas para dar anticoncepción permanente (esterilización) en las mujeres son:

(ponga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

<u>más</u> o <u>menos</u> difícil de efectuar, más cara y más arriesgada que la operación masculina (vasectomía)

10. En su país, ¿Qué cree usted que es más seguro?

( ) que una mujer tenga un niño
( ) que ella tome pastillas orales y no quede embarazada

CHARLA CORTA:

INTRODUCCION A LA TECNOLOGIA DEL ANTICONCEPTIVO

INTRODUCCION A LA TECNOLOGIA DEL ANTICONCEPTIVO

Perspectivas de la planificación familiar

El deseo y la necesidad de influenciar la fertilidad es tan antiguo como el hombre mismo. Existe evidencia en escritos antiguos de que desde hace mucho tiempo hemos comprendido los principios básicos del espaciamiento de los nacimientos y la planificación del número deseado de hijos Por ejemplo, la práctica del coito interrumpido o retiro ha sido utilizado por siglos y se hace referencia a ello en la Biblia, el Génesis. Se describe como practicado durante el intervalo de dos años siguientes al parto sugiriendo su (coito interrumpido) uso como método para espaciar los nacimientos.

Una cubierta de lino para el coito, precursor del condon, se describe por vez primera en 1564 por Gabriele Fallopio en su de morbo gallicao. Las cubiertas para el pene fueron inicialmente utilizadas como protección contra las enfermedades venéreas. No fue hasta el Siglo XVIII cuando el condon membraonso, generalmente hecho de tejido animal, se hizo popular como anticonceptivo. Con la vulcanización de la goma en 1884, el anticonceptivo logro una explosiva popularidad debido al repentino abaratamiento del nuevo producto. Es así como a mediados del Siglo XX el condon se convirtió en el método más popular para espaciar los nacimientos.

La filosofía respecto a la población ideal y al tamaño deseado de la familia también puede remontarse a la antiguedad. Aparentemente fueron los griegos los primeros en considerar seriamente la cuestion del control de la población. La mayoría de los filósofos griegos consideraban la estabilidad de la población como algo esencial Ellos abogaron porque la reproducción fuera regulada legalmente, frenando la sobrepoblación y la corrección de la baja población estimulando la fertilidad y la imigración.

Aun cuando la discusión hasta este punto ha estado limitada principalmente a los puntos de vista expresados por las antiguas culturas y sociedades, las expresiones acerca de nuestra sexualidad abundan en muchas culturas modernas. Aun hoy en día, en algunas regiones del mundo la planificación familiar continúa siendo un tema sensible. En la mayoría de los países, afortunadamente, lo que constituye el tamaño aceptable de la familia, como la sociedad crea políticas para reforzar esta meta, y que métodos son utilizados, gradualmente ha cambiado a lo largo de los ultimos 30 años A traves de los avances científicos y los mejores sistemas de comunicacion ha llegado el convencimiento que la falta de espaciamiento en los nacimientos y/o la limitación del tamaño de la familia puede conducir a mala salud de la madre, de los pequeños niños, y, como consecuencia, de toda la familia y de la sociedad.

A pesar de un mayor conocimiento respecto a la reproducción, la planificación familiar y la sexualidad, la diseminación de información al público en muchos países se ha quedado atrás. De esta forma, muchas ideas erradas o mitos respecto a la seguridad, la efectividad, y la acción de la mayoría de los métodos de espaciar los nacimientos aún existen. La educación comunitaria es indispensable para hacer desaparecer estos rumores así como para dar información básica respecto a la salud.

Algunas ideas erradas se basan en evidencia parcial o surgen de referencias a efectos colaterales observados con un método, los cuales son luego incorrectamente atribuídos a todos o algun otro método. Algunas de estas "ideas erradas" incluyen: te hace sentir como si estuvieras embarazada; interfiere con la espontaneidad; o disminuye el apetito sexual. En los años anteriores cuando la dosis de hormonas sexuales en las pastillas anticonceptivas orales (AOs) era mucho mayor, eran comunes las quejas de que el apetito sexual se afectaba y que se sentía como si estuviera embarazada Con las pequeñas dosis actuales en las pastillas, estas quejas son mucho menos comunes.

Tres temores adicionales respecto a los AOs es que son peligrosos, causan cancer y son la causa de que la sangre se devuelva hacia el utero. A lo largo de los años, numerosos e importantes estudios han demostrado con bastante claridad que las bajas dosis de las píldoras recetadas a mujeres saludables conllevan un riesgo muy pequeño de complicaciones serias El riesgo de complicaciones medicas serias para una mujer saludable que utilice AOs es considerablemente menor que el riesgo del parto. Además, la evidencia disponible no confirma el papel de los AOs como agente causante de cancer. Finalmente, las mujeres que utilizan la píldora desarrollan menos endometrio (elemento que reviste el utero) que las mujeres que utilizan otros métodos para espaciar los nacimientos. Este elemento se desarrolla normalmente durante la menstruación de la mujer (período). Ya que las mujeres que utilizan AOs tienen menos elementos endométricos, hay menos que descartar y como consecuecia, menos sangradura.

[NOTA PARA EL CAPACITADOR: Usted puede agregar otros mitos respecto a los métodos de planificación familiar típicos de las poblaciones locales.]

Sistemas modelo actualmente en uso para la entrega de servicios de planificación familiar en el mundo en desarrollo

Los servicios de planificación familiar pueden ser llevados a las personas en formas innovadoras. Diversas culturas y personas encuentran algunas formas más aceptables. Algunos factores que influyen en la aceptación son: distancia recorrida para recibir el servicio, las creencias culturales y religiosas, y la facilidad de uso.

Tres formas típicas de entrega de los servicios de planificación familiar son:

1. Programas basados en la comunidad
2. Programas de distribución comercial
3. Programas basados en las clínicas

1. Programas basados en la comunidad

Estos programas están generalmente basados en el uso de voluntarios que tienen un fuerte sentido de responsabilidad comunitaria y que desean dar importante información y servicios a la familia, a los amigos y a los vecinos. Estos voluntarios, generalmente pero no necesariamente mujeres, reciben capacitacion acerca de la anatomía normal, fisiología y el funcionamiento sexual. Aprenden como funciona una variedad de métodos tradicionales y modernos para espaciar los nacimientos. Luego aprenden como compartir este conocimiento con otros y como mejor contestar las preguntas que surgirán. Estos voluntarios a menudo sirven como proveedores de métodos de planificacion familiar, los cuales venden a bajo costo

Es importante que estos voluntarios esten en contacto con un trabajador de cuidado de la salud. Este enlace puede ser una comadrona, un médico, o una enfermera que trabaje en una clínica de planificación familiar Ayuda a mantener a los voluntarios al día, asegura que los consejos que ellos den sean correctos y seguros y dá a los voluntarios una fuente de referencia para hombres y mujeres con problemas. Como resultado de sus servicios a la comunidad estos voluntarios generalmente son bien respetados.

Se están desarrollando muchas formas nuevas e innovadoras de utilizar servicios existentes en la comunidad. En muchos lugares, grupos de adolescentes estan diseminando informacion de adolescente a adolescente respecto a los riesgos de la actividad sexual temprana, los métodos de espaciar los nacimientos, la anatomía normal, y el funcionamiento del sistema reproductor. Las mismas redes que llevan mala información a la juventud pueden ser utilizadas para llevar valiosos mensajes de salud y para eliminar la mala informacion, los rumores y los mitos.

Los programas basados en la comunidad (PBC) pueden ser utilizados en entornos urbanos y rurales. Pueden ser tan simples como una conversación de uno a uno con un vecino o una reunión con un pequeño grupo para el propósito específico de compartir nueva información. En

vista de que estos temas son muy personales, es importante que los voluntarios respeten la confidencialidad de aquéllos a quienes sirven. Los programas son exitosos o mueren, dependiendo del respeto y la confianza inspirada por sus voluntarios.

En algunas situaciones los trabajadores de los PBC son pagados como promotores de salud o trabajadores comunitarios de la salud. Una ventaja de utilizar a estos individuos es que frecuentemente son bien conocidos y dignos de confianza dentro de la comunidad. Una desventaja es que frecuentemente estos trabajadores tienen tantas otras responsabilidades que el/ella no puede dedicar una porción significativa de su tiempo a la educación de espaciamiento de los nacimientos y a la entrega de servicios.

Algunos PBC estan creativamente enlazados a varios programas sociales o comerciales. Por ejemplo, en Tailandia los usuarios de métodos de espacimiento de los nacimientos pueden onseguir descuentos en cosas tan prácticas como un corte de pelo o en servicios de reproducción de cerdos. También, muestras gratis de condones se distribuyen en fábricas y en eventos deportivos, mientras que la información respecto a servicios de espaciamiento de los nacimientos es distribuida por choferes de taxi y otros.

Los tipos de PBC y las formas de darles publicidad efectivas, variarán de comunidad en comunidad y de cultura en cultura. Muchas veces las cosas nuevas necesitan ser introducidas cuidadosamente para determinar la aceptabilidad y efectividad del mensaje presentado.

2. Distribución comercial

En los programas de distribución comercial los negocios de venta al detalle sirven como fuente de entrega de métodos modernos de control de la natalidad. En la mayoría de los países, la venta de anticonceptivos orales (AO) está limitada a las farmacias Los métodos de barrera tales como los condones, espumas, esponjas y otros, se venden en muchos lugares, incluyendo mercados abiertos, vendedores callejeros, tiendas, y salones de belleza, para mencionar tan sólo algunos. Los vendedores creativos pueden pensar en muchas maneras de proveerlos en lugares donde la gente pueda encontrarlos fácilmente.

Una desventaja de los sistemas comerciales es que el motivo de lucro puede influenciar el juicio del proveedor. Las advertencias apropiadas a las personas que no deben utilizar un método en particular deben incluirse en la propaganda comercial. Además, deben darse las instrucciones para el uso apropiado del método. Estas instrucciones deben ofrecerse en el idioma del usuario o con dibujos que indiquen claramente a los analfabetos como utilizar el método.

3. Servicios basados en las clínicas

Las clínicas que ofrecen una variedad de servicios de salud son las proveedoras tradicionales de servicios de planificación familiar. Estas clínicas cuentan con trabajadores de la salud, más típicamente comadronas, médicos y/o enfermeras de planificación familiar, entre su

personal. Una ventaja de los servicios basados en las clínicas es que frecuentemente son una fuente de cuidados ya conocida a las familias del área.

Los programas con base en las clínicas pueden ofrecer una completa gama de servicios incluyendo dispositivos intrauterinos (DIU) y esterilización. Típicamente estos servicios no están disponibles en programas con base en la comunidad o en programas comerciales. Otra ventaja de los servicios con base en las clínicas es que el personal está disponible para contestar preguntas, manejar complicaciones, aclarar instrucciones y dar apoyo emocional a los clientes. La mayor desventaja de los servicios con base en clínicas es que sólo sirve a los clientes en el area geografica inmediatamente circundante. Si los clientes deben viajar largas distancias para recibir sus insumos, o encuentran largas horas de espera antes de ser vistos, un numero significativo de ellos no regresara y pueden comenzar a utilizar métodos tradicionales o ningún metodo

[NOTA PARA EL CAPACITADOR: Distribuya la Tabla 1, "Características de los principales enfoques para proveer servicios de planificación familiar", y revise el cuadro con los participantes ahora.]

Repaso de los métodos modernos y tradicionales para espaciar la familia/planificación familiar

La habilidad de controlar su propio destino de reproducción y de escoger entre los métodos para espaciar los nacimientos en forma completamente voluntaria es una importante libertad personal. La variedad de métodos disponibles variará de país en país dependiendo del costo, la aceptabilidad de los clientes, y de la disponibilidad para mantener una provisión continua de los métodos. La industria tiene un gran papel que jugar en la mejora de nuestra habilidad para producir y distribuir los insumos necesarios. Idealmente los clientes deben tener una variedad de metodos disponibles para que puedan ejercer sus preferencias personales.

Cuando se evalúa un método específico para espaciar los nacimientos, estamos interesados en averiguar las respuestas a un número de preguntas básicas. Estas incluyen:

- ¿Cómo funciona el método?
- ¿Cuán efectivo es el método?
- ¿Cuáles son los efectos colaterales comunes del método?
- ¿Cuáles son las señales de peligro contra las cuales el personal de salud y de planificación familiar necesita estar alerta?
- ¿Cuáles son las contraindicaciones del método?; esto es, ¿Quién no debe usar el método?

En los párrafos a continuación se contestan estas y otras muchas preguntas. El material presentado está diseñado para:

1. ayudarle a comprender mejor los diferentes métodos para espaciar los nacimientos, sus beneficios y sus riesgos;

2. ayudarle a escoger el método apropiado para espaciar los nacimientos o el método de anticonceptivo apropiado para sus clientes; y

3. guiarle a determinar la mezcla de métodos que mejor se ajustan a las necesidades y recursos particulares del programa.

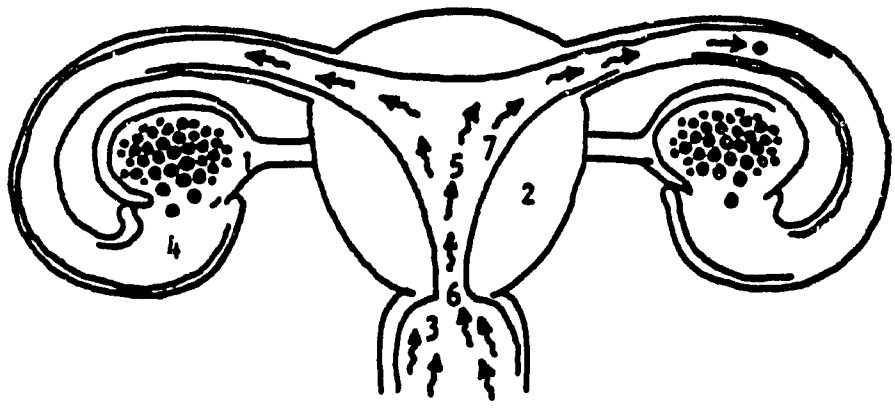
Está organizado de la siguiente manera: Primero, se presenta un breve repaso del proceso mediante el cual ocurre el embarazo. Luego, se describe cada método; la forma en que evita el embarazo se explica; y se discute su efectividad relativa. Finalmente, se presentan los factores a considerar cuando se selecciona la mezcla en particular de métodos de espaciar los nacimientos a ser promovidas en un programa

El proceso del embarazo

Para evitar el embarazo, el proceso mediante el cual ocurre - la ovulación, la fecundación y/o la implantación - debe ser interrumpido o evitado. Para ayudarle a comprender mejor como funcionan los diferentes métodos para espaciar los nacimientos, se repasa prevemente el proceso del embarazo.

Todos los meses desde la edad de 12-15 años a 45-50 años, aproximadamente durante treinta a cuarenta años, el cuerpo de la mujer se prepara para el embarazo. Este proceso de reproduccion cíclico, llamado el ciclo menstrual, tiene un promedio de longitud de 29 días para la mayoría de las mujeres, con una gama dentro de lo normal de 25-36 días. El proceso se inicia en los ovarios (un par de glandulas blancas achatadas localizadas en la parte baja del abdomen) Cada mes, dentro de uno de los ovarios, un huevo se madura dentro de una pequeña bolsa o folículo (Figura 1, abajo) Cuando el huevo esta maduro, aproximadamente en la mitad del ciclo menstrual (aproximadamente en el día 12-16), el folículo se abre y suelta un huevo. Este proceso, llamado ovulación, es a veces acompañado de una descarga vaginal y pequeños calambres, que pueden durar varias horas.

FIGURA 1



1. Ovarios
2. Utero
3. Vagina
4. Trompas de Falopio
5. Cavidad Uterina
6. Cervix (entrada del útero)
7. Endometrio (paredes del útero)

Luego que se libera el óvulo, éste es captado por una de las dos trompas de Falopio. Cada trompa tiene de 4 a 5 pulgadas de longitud. El extremo de la apertura de la trompa al lado del ovario es más ancho que el resto del mismo y tiene una orilla orlada que permite al ovulo penetrar a la trompa con más facilidad. Una vez adentro, las contracciones musculares de la trompa de falopio empujan el ovulo a lo largo de la trompa hacia el útero. Durante el acto sexual, el esperma entra a la vagina, se mueve a través de la cervix hacia el utero, y luego a las trompas de falopio. A diferencia de los ovulos, el esperma puede moverse por sí mismo, aún "aguas arriba" contra las contracciones de la trompa de falopio. El óvulo y el esperma se unen en la trompa de falopio, a esto se le llama fecundacion. El ovulo ya fecundado continúa siendo movido a través de la trompa hacia la parte superior del útero.

El utero esta forrado con una capa de tejido llamado endometrio. Mientras la ovulación está ocurriendo, una hormona (progesterona) está siendo soltada, lo que aumenta la fuente de sangre del utero Esta sangre adicional hace el endometrio mas grueso, humedo y blando, y listo para recibir el óvulo fecundado. Una vez que el óvulo fecundado (embrión) entra a la porcion superior del útero, este se pega al endometrio. A medida que continúa creciendo el embrión se adhiere a la pared del utero. La implantación o adhesion generalmente ocurre de 4 a 5 días después de la ovulación y marca el inicio de la porción intrauterina del embarazo.

Si el ovulo no es fecundado, no se necesita el endometrio y aproximadamente de 12 a 15 días despues de la ovulación, cerca de 15 a 35 días despues del inicio del ciclo, se descarga lentamente del utero via el cérvix y la vagina. Este proceso de derrame del endometrio es llamado la menstruación. También durante este tiempo el óvulo no fecundado se desintegra y es descargado.

[NOTA AL CAPACITADOR: Refiérase a la TABLA 2, "Tasas de fracaso al espaciar los nacimientos en el primer año y métodos permanentes" cuando discuta la siguiente sección.]

Efectividad de los anticonceptivos

La efectividad de los diversos metodos para espaciar los nacimientos depende tanto del método como del usuario. Como consecuencia, las tasas de efectividad se dan en dos formas. El término efectividad del metodo y efectividad del usuario (o fracaso del método y fracaso del usuario) son utilizados para diferenciar entre los embarazos que ocurren con el uso correcto (fracaso del método) y aquellos que ocurren por uso incorrecto (fracaso del usuario) del metodo para espaciar los nacimientos. La efectividad del método es siempre mejor que la efectividad del usuario para todos los metodos para espaciar los nacimientos Sin embargo, esta ultima tasa representa más claramente lo que se puede esperar que ocurra en la vida real. Por esta diferencia es importante en su lectura (o en sus discusiones) que sepa que tasa está utilizando el autor (o el orador). Por ejemplo, es injusto comparar dos metodos empleando la efectividad del "usuario" para uno y la efectividad del "método" para el otro.

Es difícil determinar con exactitud la efectividad de los varios métodos para espaciar los nacimientos por el gran numero de factores que pueden causar un fracaso del anticonceptivo Sin embargo, estimados razonables de estas dos tasas se presentan en la Tabla 2, "Tasas de fracaso al espaciar los nacimientos en el primer año y métodos permanentes". Las tasas enlistadas en la primera columna, "Tasas menores de fracasos observados", se aproximan a la tasa de efectividad del "metodo" (ej estan basadas en que el metodo fue utilizado "correcta y consistentemente" por todos los usuarios). En forma similar, las tasas de fracaso presentadas en la segunda columna se aproximan a la tasa de efectividad del "usuario" porque, en este caso, el usuario "tipico" puede haber (o no haber) utilizado el metodo correctamente.

De los varios métodos reversibles disponibles, la efectividad teórica de métodos anticonceptivos orales van a la saga solamente de las progesteronas inyectables o implantes de larga duración. Como lo indican los datos de esta tabla, la tasa de efectividad del "metodo" es de más de 99 por ciento (ej menos de un embarazo por 100 mujeres que correcta y consistentemente utilizaron el metodo durante el primer año). Sin embargo, la tasa actual de fracaso del "usuario" es mas alta (ej. 1-8). Mas aun, en los países en desarrollo las tasas de fracaso pueden ser aun mayores que aquellas enlistadas en la Tabla 2.

Varios otros factores que influencian la efectividad de un método para espaciar los nacimientos en particular son·

- Falla del anticonceptivo, especialmente para metodo relacionado con el coito, que tiene más probabilidad de ocurrir entre parejas que buscan demorar un embarazo deseado que entre aquéllas que buscan evitar el embarazo por completo.

- Las mujeres mayores, las mujeres de clases sociales más altas y aquéllas con más educación tienden a utilizar métodos para espaciar los embarazos con más éxito que las mujeres más jóvenes, más pobres y menos educadas.

Tasa de continuidad

Sin embargo, el valor general del método para espaciar los embarazos según es utilizado por una pareja (o grupo de parejas), esta basado no solamente en la efectividad real (observada), sino tambien en el período de tiempo que la(s) pareja(s) utiliza(n) el método (ej la tasa de continuidad). Los metodos actuarios tales como el metodo de tabla de vida son utilizados para determinar esta tasa. Como es el caso de la efectividad del usuario, las tasas de continuidad varían considerablemente para cada método y de país en país. No es sorprendente que tiendan a ser menores en los paises en desarrollo y entre individuos más jóvenes, mas pobres y menos educados En algunas áreas del sur de Asia y Africa las tasas de continuidad (ej el período de tiempo en que el 50 por ciento de los usuarios continuan utilizando el método) para pastillas, condones y espermicidas vaginales es de sólo 3 a 6 meses; para DIUs de sólo 7-9 meses y para inyectables aproximadamente un año. Si el método esta siendo utilizado para evitar más embarazos, no sólo para espaciar los

embarazos, los proveedores deben hacer todo el esfuerzo posible para estimular a los usuarios a que continúen utilizando el método. ¡Utilizar un método menos efectivo, pero que es utilizado correctamente, es bien tolerado y utilizado por períodos de tiempo más largos, es mucho mejor para limitar el número de la familia que un método más efectivo utilizado esporádicamente y por breve tiempo!

De la discusión precedente se puede ver que muchas variables - no solamente la efectividad del método en particular - deben ser consideradas para ayudar a una pareja a seleccionar el mejor método para ellos. Además, como lo demuestran los datos, ningun método para espaciar los embarazos, sin importar su efectividad, puede esperarse que tenga éxito a menos que sea usado correcta y consistentemente y por un período de tiempo prolongado.

[NOTA AL CAPACITADOR: Antes de discutir el siguiente párrafo, repase la TABLA 3, "Mortalidad asociada al uso de anticonceptivos en países desarrollados y en desarrollo".]

Riesgos y beneficios de los anticonceptivos

A pesar de más de dos décadas de investigaciones en países desarrollados, todavía es difícil evaluar con precisión los riesgos del uso de un método reversible de anticoncepción versus el embarazo y el parto. Sin embargo, en los países en desarrollo, donde la mortalidad maternal asociada al emoarazo es 10 a 20 veces mas alta que en los países desarrollados, el riesgo de utilizar cualquier metodo moderno, aun las pastillas anticonceptivas (AOs) por mujeres fumadoras de más de 35 años de edad, es menor que el riesgo asociado al embarazo (Tabla 3) De hecho, como lo demuestran los datos de la Tabla 3, para las mujeres en países en desarrollo los embarazos resultantes del fracaso de los anticonceptivos, por el uso de métodos menos efectivos, tales como condones, dan cuenta de mas muertes maternas que los peligros de DIUs o AOs. Claramente, en la mayoría de los países en desarrollo, hasta que haya una reducción significativa en la mortalidad materna, el uso de modernos metodos anticonceptivos continuará siendo más seguro que el embarazo y el alumbramiento. Mas aún, el uso de metodos confiables para espaciar los embarazos hace mas que evitar el nacimiento de niños no deseados, los que pueden ser cargas económicas y emocionales. También eliminan el siempre presente temor al embarazo, que puede hacerle daño a las relaciones maritales

Finalmente, el uso de anticonceptivos, al aumentar los intervalos entre nacimientos y al reducir el numero total de embarazos que tiene una mujer, puede por sí mismo, resultar en una mejor salud materna, y para la madre trabajadora, menos tiempo perdido de trabajo.

Métodos reversibles

1. Abstinencia

En algunas sociedades, la abstinencia es practicada intermitentemente o contínuamente por miembros adultos de la población. Por ejemplo, ciertas culturas prescriben un período de abstinencia después del parto. Esto permite tiempo a la madre y al niño para recuperarse y crecer sin la amenaza de alejar prematuramente al niño lactante del pecho. Además, a menudo las parejas experimentan períodos de abstinencia debido a separaciones por razones de trabajo, escuelas, o para renovación espiritual

En ciertas partes del mundo, donde el embarazo de adolescentes o madres solteras es un problema frecuente, los programas que estimulan a los jóvenes a decir "no" están ganando popularidad El embarazo antes de que el individuo o la familia estén listos para ello, crea grandes penurias. A veces arruina la reputacion de la joven Frecuentemente significa el fin de las oportunidades de educacion limitando por lo tanto sus opciones para el futuro En los países desarrollados las jovenes madres y sus niños tienen mayores probabilidades de continuar siendo pobres y necesitan ayuda financiera y de salud de agencias gubernamentales y/o privadas. Los costos de proveer esta asistencia para la sociedad son grandes.

Las ventajas del uso de la abstinencia son que no requiere insumos, ningún sistema de distribución, etiquetas de precaución respecto a la seguridad, y costos de dinero. Más aun, la abstinencia es el único método 100 por ciento efectivo para evitar el embarazo

2. Lactancia

La lactancia materna es todavía una práctica usual en la mayoría de las sociedades, particularmente en aquéllas con actitudes tradicionales. En algunos países, tales como Bangladesh, la India, y aquéllos de Africa ecuatorial, un gran porcentaje de mujeres lactan a sus niños por períodos de más de 12 meses. En América Latina, las cifras son menores, pero todavía un importante numero de mujeres lacta a sus hijos por más de seis meses. La razón principal por la cual las mujeres lactan a sus hijos en estas áreas es de nutrición.

Cada vez en mayor número, tanto la mujer individual como los programas de planificación familiar estan llegando a darse cuenta de que la lactancia materna en el reciente postparto es tan efectiva como los métodos anticonceptivos modernos. Un reciente estudio en Mexico encontró que menos del cuatro por ciento (4%) de las mujeres que lactan por demanda habían recobrado la ovulación tres meses despues del parto. Sin embargo, la efectividad anticonceptiva de la lactancia decae con el tiempo. A mayor sea el tiempo antes de la primera menstruación post parto, menos debe la mujer confiarse en la lactancia como único método anticonceptivo.

Por las diferencias entre las regiones en las prácticas de lactancia materna, las reglas respecto a la lactancia y el uso de anticonceptivos deben ser adaptadas a las prácticas culturales del área especifica. Sin embargo, como regla general, una vez la menstruación ha aparecido o se introduce la alimentación suplementaria o el niño duerme toda la noche (signo de menor frecuencia de lactancia), una mujer está en mayor riesgo de embarazo y debe comenzar a usar anticonceptivos.

Cuando se recomiendan anticonceptivos para mujeres lactantes, los planificadores familiares deben dar cuidadosa consideracion al escoger el método. Para la mayoría de las mujeres, el combinar la lactancia con otro metodo como condones, un diafragma, tabletas vaginales espumosas, pastillas de progesterona solamente o progesteronas de larga acción (inyectables o implantes) provee anticoncepción confiable sin afectar su producción de leche, a su niño o la interrupción causada por un embarazo no planificado.

3. Coito interrumpido o retiro

Este método tradicional ha disfrutado de popularidad en partes de Europa, Africa y Asia por largo tiempo. Con este método el hombre retira su pene de la vagina antes de la eyaculación, a la vez de tener cuidado de no eyacular en o cerca de los genitales externos (tejido circundante al orificio de la vagina) de su compañera.

Como método para espaciar los embarazos, el coito interrumpido tiene un número de ventajas. No requiere aparatos o equipo, no causa efectos secundarios, y no cuesta nada. La mayor desventaja, sin embargo, es que las tasas de fracaso van del 16 al 23 por ciento durante el primer año La alta tasa de fracasos es el resultado de varios factores. Una importante razón es que una pequeña cantidad de semen, que contiene el numero suficiente de espermatozoides para causar el embarazo, puede escapar del extremo del pene justo antes de la eyaculación. Otra razón es que la mayoría de los hombres carecen del auto control que este método demanda. Para la mayoría de los hombres, a medida que se aproxima el momento de la eyaculación, hay un deseo aumentado de penetrar mas profundo. Como resultado, el retiro del pene con tiempo suficiente para evitar la eyaculacion, no ocurre.

Para mejorar la efectividad de los usuarios de este método, puede combinarse con otros metodos tales como espumas espermaticidas o tabletas vaginales espumosas alrededor de la mitad del ciclo (días 9 al 20) - el momento de la mayor fertilidad para la mayoría de las mujeres. Finalmente, debe recordarse que aun cuando el retiro no es uno de los metodos mas efectivos, es considerablemente mejor que no usar método alguno donde la tasa de fracaso es de aproximadamente 90 por 100 años-mujer.

[NOTA AL CAPACITADOR: Ejemplos de los siguientes métodos deberían estar disponibles para que los participantes vean y toquen. Cual de los métodos incluídos probablemente dependerá de la disponibilidad local. La Entrega A, "Guía de los métodos modernos de anticoncepción", que enlista las efectividades, las instrucciones para los usuarios, etc., debe ser repartida en este momento. También refiérase a la Tabla A, "Productos anticonceptivos provistos por la AID", para los nombres comunes de los productos y sus costos por unidad.]

4. Conciencia de la fertilidad o planificación familiar natural

La conciencia de la fertilidad (abstinencia periódica) como método anticonceptivo está actualmente experimentando una atencion creciente. No requiere aparato o medicación alguna y no hay nada que tragar o insertar. Sin embargo, requiere considerable tiempo y esfuerzo por parte de la pareja para aprender a utilizar el método correctamente.

Las razones básicas para los métodos naturales de planificacion familiar estan basadas en tres presunciones biológicas· primero, el óvulo solo puede ser fecundado de aproximadamente 12-48 horas después de la ovulación, segundo, los espermas son capaces de fecundar un óvulo por aproximadamente 48 horas después del coito; y finalmente, la ovulación ocurre de 12 a 16 días (14 + 2) antes del inicio de la próxima menstruación. Basado en que estas suposiciones son correctas, teóricamente deberían haber aproximadamente 96 horas durante el mes en el cual el coito debe llevar al embarazo· las 48 horas antes de que el óvulo sea soltado y las 48 horas posteriores Por lo tanto, al evitar el coito durante este período crítico, deben disminuir las probabilidades de embarazo.

En la práctica, el intervalo de tiempo en que debe evitarse el coito es considerablemente más largo de 96 horas (cuatro días). La razón de ello es que actualmente no hay un método absolutamente seguro de predecir cuando ocurrirá la ovulación - aun en mujeres que tienen ciclos normalmente regulares. En mujeres con ciclos irregulares la situación es aun menos predecible. Además, la supervivencia de los espermatozoides después del coito en algunos casos es mayor de 48 horas.

Para las parejas que eligen utilizar métodos anticonceptivos naturales (abstinencia periódica) hay tres métodos entre los cuales escoger - calendario, temperatura basal y mucus cervical. Cada uno utiliza diferentes indicadores biológicos para calcular cuando ocurrirá la ovulación para poder evitar el riesgo de embarazo. De los tres, el método de calendario es el menos efectivo con tasas de fracaso de 14 a 27 por cada 100 mujeres que lo utilizan durante un año. Para aumentar la efectividad del metodo de calendario una mujer puede consignar su temperatura basal (de la mañana) diariamente durante el ciclo. En la mayoría de las mujeres que ovulan la temperatura basal subirá varias decimas de grado justo antes de la ovulación (24-48 horas) y se mantendra elevada hasta el inicio de la menstruación. Si la pareja se abstiene del coito desde el inicio de la menstruación hasta por lo menos 48 horas después del alza de la temperatura, presumiblemente dos días después de la ovulación, el

óvulo no debería ya poder ser fecundado. (Debe notarse que para las parejas no fértiles el método puede utilizarse para estimar cuando efectuar el coito). Cuando el método de la temperatura basal es utilizado correcta y consistentemente, la tasa observable de fracaso reportado ha sido del 1 a 7 por ciento - considerablemente mejor que con el método de calendario.

El tercero y relativamente nuevo método natural de planificación familiar está basado en que la mujer puede detectar cambios en la calidad y cantidad del mucus cervical justo antes del período de ovulación. Aun cuando al principio se pensó era más efectivo que el método de temperatura basal, recientes informes sugieren que este no es el caso con las tasas de embarazo fluctuando entre 1 y 30 por cada 100 mujeres durante el primer año.

¡La mayor desventaja de los métodos naturales de planificación familiar, además del compromiso de tiempo requerido para aprender a utilizarlos apropiadamente, es el numero de días que una pareja debe evitar el coito - aproximadamente de un tercio a la mitad de los días de cada mes - 10 a 15 días!

5. Espumas, tabletas, supositorios y esponjas vaginales

Todas estas substancias contienen ingredientes espermicidas, usualmente nonoxynol 9, que inmoviliza o mata los espermas al contacto. Debido a que también proveen una barrera mecánica al esperma, necesitan ser colocados en la vagina antes del coito. Las espumas vienen en envases de aerosol con boquillas o que se insertan en la vagina vía aplicadores plasticos. Los supositorios vaginales espermicidas y las tabletas espumosas son insertadas manualmente en la vagina y se disuelven al contacto con el fluído vaginal. No hay estudios confiables que comparen la efectividad de los diversos tipos de espermicidas vaginales. Utilizadas solas, las tasas de fracasos de los "usuarios" tienden a promediar alrededor de 10 a 18%, pero cuando se utilizan en combinación con condones la tasa de fracasos puede ser considerablemente más baja - 1 a 7 por ciento. Los estudios de laboratorio muestran que los espermicidas ofrecen alguna protección contra las enfermedades transmitidas sexualmente (ETSs), tales como la gonorrea, la clamidia y la sífilis Su efectividad en el uso real por parte de las parejas es menos clara. Porque se ha encontrado que los espermicidas matan el virus del SIDA, el uso de espermicidas vaginales así como de condones lubricados con espermicidas pueden ayudar a evitar la transmisión del SIDA.

Recientemente ha sido aprobado un nuevo vehículo para colocar el agente espermicida en la vagina. Llamado la esponja vaginal, consiste de un disco suave de poliuterano de dos pulgadas de diametro, impregnado con nonoxynol 9. La esponja es activada al humedecerse con agua justo antes de su inserción en la vagina. Ya que un solo tamaño de esponja le sirve a todas las mujeres, no se necesita la visita a una clínica para colocarla. Ademas, puede ser vendida en cualquier tienda que venda condones y otros espermicidas vaginales. La esponja provee buena protección hasta por 24 horas sin importar cuantas veces la pareja practique el coito durante este intervalo. A diferencia de otros espermicidas que deben ser aplicados nuevamente con cada acto sexual, la esponja no tiene que ser cambiada; sin embargo, debe

dejarse insertada por lo menos por seis horas después de la última exposición para asegurar que todo el esperma está muerto. Las esponjas se descartan después de usarse una sola vez.

La tasa de fracaso para la esponja vaginal es aproximadamente el mismo que el de otros espermicidas vaginales y ligeramente más alta que la del diafragma. Los efectos secundarios de los espermicidas vaginales estan limitados a irritaciones ocasionales de la vagina o del pene. Las tabletas vaginales espumosas y los supositorios causan una sensación de calentamiento en la vagina a medida que se disuelven.

6. Diafragmas

Los diafragmas son copas de goma poco profundas de 2.5 a 4 pulgadas de diámetro. Cuando se inserta correctamente en la vagina, el diafragma cubre la cervix, cerrando mecanicamente el paso del esperma al útero vía la cervix. Para aumentar su efectividad, el diafragma siempre debe utilizarse junto a un agente espermicida. Despues del coito el diafragma debe dejarse en su lugar por lo menos 6 horas. Despues de quitarse, éste debe lavarse con agua limpia y secado al aire. (En áreas donde el uso del agua no esté facilmente disponible esto puede restringir el uso del diafragma y de las cápsulas cervicales). Con un manejo cuidadoso los diafragmas pueden durar varios años. Los diafragmas deben ser medidos individualmente por personal calificado de planificación familiar Cuando una mujer esta utilizando un diafragma correctamente, ni ella ni su pareja deben estar concientes de su presencia ni sentir incomodidad alguna

La tasa más baja observada de falla del "método" con el diafragma más el espermicida es de 2 5 por ciento con tasas típicas de "usuario" fluctuando hasta un 25 por ciento.

7. Condones

Los condones, también llamados gomas o profilácticos, tienen la forma del dedo de un guante y están hechos de goma. El hombre o la mujer desenrrolla el condón sobre el pene erecto antes del coito o de cualquier contacto entre el pene y el área de la vagina. El propósito del uso del condón es evitar que el semen eyaculado, que contiene los espermas, entren en la cervix (el cuello del utero). Para evitar derrames después de la eyaculación, el hombre agarra el condón en la base del pene antes de retirarlo de la vagina.

Utilizado correcta y consistentemente por parejas bien motivadas, se han reportado tasas de embarazo tan bajas como 2 por 100 años-mujer. Las tasas típicas de fracasos del "usuario" fluctuan de 3 a 15. Como se mencionara previamente, la tasa de efectividad del "usuario" puede mejorarse si se combina con otro método de barrera, tal como las tabletas espermicidas o la espuma vaginal. No hay efectos secundarios serios asociados con el uso del condón. Raras veces el hombre o la mujer puede ser sensible al material del cual está hecho el condón.

Un beneficio adicional del uso del condón es su probada efectividad en la reducción del contagio de enfermedades transmitidas sexualmente (ETSs). Se reporta que el uso responsable de condones, especialmente combinado con agentes espermicidas vaginales, puede reducir la transmisión del vírus del SIDA en aproximadamente un 80 por ciento.

8. La Píldora o anticonceptivo oral

Desde el inicio de la década de los 60, las píldoras anticonceptivas orales (AOs) han sido vendidas en todo el mundo. Actualmente casi 100 millones de mujeres usan la Píldora para espaciar los nacimientos. La Píldora o método oral para espaciar los nacimientos consiste en tomar una píldora más o menos a la misma hora todos los días en base regular.

Hay dos programas sencillos de toma de píldoras: el régimen de 21 días y el régimen de 28 días Con el régimen de 21 días, una mujer toma una píldora al día por tres semanas (21 días) y luego por una semana no toma ninguna pildora. Este ciclo luego se repite: tres semanas sí y una no. Con el régimen de 28 días, ella primero toma 21 píldoras activas, luego siete placebos que no contienen droga activa alguna. Con este régimen se toma una píldora todos los días del año. Algunas mujeres prefieren el metodo de regimen de 28 dias porque lo encuentran más facil de recordar

Hay solo dos tipos de AOs, de combinacion y de progestina solamente. Los AOs de combinacion contienen tanto estrogeno como progestina - las dos hormonas producidas por los ovarios de una mujer Ya que las hormonas naturales producidas en el cuerpo no son efectivas cuando se toman por vía oral, cada píldora contiene una cantidad fija de versiones sintéticas de estas dos hormonas sexuales.

Las píldoras combinadas evitan el embarazo por lo menos de tres maneras. Primero, y más importante, el estrógeno y la progesterona actúan para evitar que los ovarios se desarrollen y suelten un ovulo (ovulación). Segundo, la progestina cambia la mucosa cervical, lo que ayuda a evitar que los espermas pasen a traves de la cervix al cuerpo del utero. Tercero, las dos hormonas alteran el desarrollo del endometrio (interior del utero) para que aunque un ovulo sea soltado y fecundado, no pueda ocurrir la implantacion. Ya que las píldoras de progestina solamente, tambien llamadas mini pildoras, no tienen estrógeno y contienen sólo aproximadamente un tercio de la cantidad de progestina que las píldoras de combinacion, no bloquean consistentemente la ovulacion como lo hacen las píldoras de combinacion. Sin embargo, en general, los mismos mecanismos funcionan para evitar el embarazo con las mini píldoras que con las píldoras de combinación

Como con todos los metodos para espaciar los nacimientos, los AOs tienen sus desventajas. Para minimizar el número y seriedad de efectos secundarios, con el paso de los años la cantidad de estrogeno y progestina en las píldoras de combinación ha sido gradualmente disminuído. Esto ha sido logrado sin pérdida de efectividad pero con considerable disminución de los efectos colaterales.

Con estas nuevas píldoras de menor dosis, las mujeres están experimentando efectos secundarios menos serios que en años pasados. Algunas mujeres inicialmente aún pueden experimentar manchas vaginales entre períodos, náuseas, aumento de peso o delicadeza en los senos. Estos síntomas generalmente desaparecen después de usar los AOs por dos o tres meses. Efectos secundarios importantes pero raros (en total menos de 1-10 por 100,000 usuarias) de la píldora son coagulos sanguíneos, alta presion alterial, enfermedades de la vejiga, ataques cardíacos, o tumores en el hígado La probabilidad de sufrir problemas serios aumenta con la edad (más de 35) y otros problemas de salud tales como alta presion arterial existente, 25 por ciento por encima del peso corporal ideal y fumar mas de 15 cigarrillos al día.

La tasa de fracaso del método con AOs de combinación es menos de un embarazo por 100 mujeres-año durante el primer año Para la píldora de progestina sola (mini píldora) es algo mas alta, 1-2 5 por ciento. Tanto para los AOs de combinacion como para los de progestina solamente, la tasa de "usuarias" es considerablemente más alta (2-5 por ciento), dependiendo de que tan correcta y consistentemente la mujer toma sus píldoras. En los países en desarrollo la tasa de fracaso de usuaria puede ser aún mas alta. Por ejemplo, una encuesta nacional en 1976 en las Filipinas reporto 8 embarazos por cada 100 mujeres-año durante el primer año de uso de la píldora, 9.2 durante el segundo año y 5.1 en el tercer año. En varios paises del Sur Asiatico se han observado tasas de fracaso de usuarias hasta de 11 a 25 por ciento.

Porque los AOs de combinación pueden interferir con la producción de leche materna, se recomienda que las mujeres que lactan a sus hijos utilicen un metodo sin hormonas de anticonceptivos, mini píldoras de progestina solamente o progestinas de larga acción (inyectables o implantes).

9. Inyectables de progestina de larga acción

En más de 80 países del mundo las inyecciones cíclicas de progestinas de larga accion (una de las dos hormonas sexuales femeninas), son utilizadas como anticonceptivo. Con una sola inyección el embarazo puede ser evitado por dos o tres meses dependiendo de la cantidad y el tipo de progestina sintética Depo-Provera (acetato de medroxyprogesterona) o NET-ET (norethindrone enanthate). Antes de recibir inyecciones de progestinas de larga acción, la mujer debe ser cuidadosamente evaluada por un practicante médico calificado.

Ya que los inyectables contienen una progestina de larga acción similar a la de los AOs, su acción anticonceptiva y efectos secundarios son similares a aquéllos descritos anteriormente. Sin embargo, al no contener estrogenos, el riesgo de problemas serios tales como ataques cardíacos o hemiplegia pueden ser ligeramente menores que con las píldoras de combinación. Más aun, a diferencia de las píldoras de combinación, los inyectables y los implantes NO parecen afectar la producción de leche.

Con los inyectables algunas mujeres (10-15 por ciento) experimentarán manchas vaginales entre los períodos y hasta un 40 por ciento dejará de tener períodos (amenorrea). Ninguno de estos problemas son serios y si a las mujeres se las tranquiliza al respecto, la mayoría (más del 90 por ciento) continuarán utilizando este método.

10. Implantes de progestina de larga duración

En varios países, se está evaluando un nuveo método de entrega de progestinas de larga acción. Este nuevo agente, NORPLANT[R], consiste en seis tubos plásticos flexibles, no biodegradables, llenos de levonorgestrel, una hormona sintética de la familia de la progestina. Los implantes se colocan bajo la piel en el interior del brazo de la mujer. La hormona se suelta lentamente a una dosis casi constante diariamente y ofrece anticoncepción hasta por cinco años. Desarrollado por el Consejo de Población, NORPLANT[R] ha sido probado en más de 44,000 mujeres en 31 países. Ha probado ser altamente efectivo, seguro y aceptado por sus usuarias. En 1987, un sistema de 6 cápsulas de NORPLANT[R] ha sido aprobado para su mercadeo en siete países - Finlandia, Suecia, Indonesia, Tailandia, Ecuador, la República Dominicana y Colombia.

Los implantes de NORPLANT[R] dan protección casi completa contra el embarazo. En los primeros cinco años de uso del sistema de 6 capsulas de NORPLANT[R], las probabilidades de embarazo son de menos de uno por cada 100 mujeres por año No se entiende por completo cómo funciona el NORPLANT[R] para evitar los embarazos. Al igual que otros anticonceptivos de progestina solamente, los implantes de NORPLANT[R] parecen evitar el embarazo en varias formas. NORPLANT[R] evita la ovulación en por lo menos la mitad de los ciclos menstruales. Aun cuando sí ocurre la ovulacion, la levonorgestrel hace que la mucosa cervical sea espesa y escasa, y los espermas no puedan traspasarla con facilidad y entrar al útero para fecundar los ovarios La levonorgestrel también evita el desarrollo cíclico del endometrio en más del 50 por ciento de las usuarias. Los efectos colaterales, riesgos y beneficios del NORPLANT[R] son similares a aquéllos observados con otras progesteronas de larga acción.

11. El DIU o dispositivo intrauterino

El DIU es un aparato pequeño y flexible que se inserta en el útero por un practicante medico calificado. Está hecho de plastico o de plástico envuelto en alambre de cobre (TCu-380A) o impregnado de la hormona progesterona. Los DIU vienen en diferentes tamaños y formas Todos tienen una "cola" de hilo plastico que se extiende por la cervix hasta la parte superior de la vagina. No se comprende completamente cómo actúa el DIU para evitar los embarazos Algunos creen que la presencia del DIU acelera las contracciones normales de las trompas de falopio de forma tal que cuando el óvulo fecundado llega al utero, el endometrio no está preparado para recibirlo y no ocurre la implantación.

La adición de un metal (cobre) o de una hormona sexual (progesterona) aumenta la efectividad del DIU. Nuevamente, no se comprende por completo cómo funcionan estos DIUs de metal y hormona.

El DIU es insertado por un practicante de salud, solamente después de un examen pélvico. NO debe insertarse cuando existen las siguientes condiciones: embarazo o sospecha de embarazo, cualquier anormalidad del utero que distorsione la cavidad uterina, enfermedad inflamatoria de la pelvis (EIP), sangradura vaginal de origen desconocido, sospecha de malignidad incluyendo un "Papanicolaou" no resuelto, anormal, y una infección vaginal o uterina no controlada. Los DIUs deben ser insertados cuidadosamente por la posibilidad de perforación de las paredes del utero. Aun despues de haber colocado CORRECTAMENTE un DIU, una mujer puede experimentar incomodidad en el bajo abdomen y/o calambres por uno o dos días despues De ahí en adelante ella no debe estar consciente del DIU en ningun momento y ni ella ni su compañero deben sentirlo durante el coito. Una vez un DIU es insertado, la mujer está protegida contra el embarazo y no necesita utilizar ningun otro metodo anticonceptivo.

El DIU totalmente hecho de plástico, puede dejarse en su sitio por varios años si un practicante de la salud considera que es médicamente aconsejable. Los DIU con cobre o con progesterona deben ser reemplazados a intervalos regulares. Muchas mujeres continuan utilizando un DIU por muchos años Cuando una usuaria desea cambiar de método anticonceptivo, o quedar embarazada, el DIU debe ser quitado por un practicante calificado de salud.

Junto a la píldora y a los inyectables, el DIU es generalmente reconocido como el método reversible más efectivo para espaciar los nacimientos. La tasa reportada de fracaso del método para los DIU más antiguos, tales como el Espiral de Lippes, es de 1.5 por ciento y la tasa de fracaso del usuario es mas alta, 3-5 por ciento. Para los DIUs mas nuevos, mas avanzados, T-cobre (TCu 380A) la tasa de fracaso del metodo es más baja, 1 por ciento o menos. A diferencia de los AOs y los metodos relacionados con el coito, los metodos tales como condones, diafragmas y espermicidas, donde a menudo existe una gran diferencia entre la tasa de fracaso del método y la tasa de fracaso del usuario, con los DIUs, ambas son casi iguales

Porque el uso de los DIUs se asocia con un ligero aumento del riesgo de infección pélvica, lo que puede conducir a la infertilidad, los DIUs se recomiendan sólo para mujeres mayores con relaciones estables que ya han completado sus familias.

Anticoncepción permanente

12. Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

Para las parejas que no desean tener más hijos, la anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) del hombre o de la mujer presenta un alto nivel de efectividad. Sin embargo, la esterilización nunca debe ser considerada como reversible, así es que es importante que las parejas estén seguras de su decisión antes de tomar este importante paso.

Esterilización masculina

La operación de esterilización para los hombres se llama vasectomía. Cuando es llevada a cabo por un médico experimentado y bien capacitado, el procedimiento es simple (requiere anestesia local solamente), seguro, y toma aproximadamente 10 minutos. La operacion consiste en primero encontrar el pequeño tubo en el escroto que lleva el esperma de cada testículo al pene. Luego, el tubo (vas deferens) es típicamente cortado y se quita una pequeña sección (aproximadamente media pulgada).

Este procedimiento sólo sirve para evitar que el esperma entre el líquido eyaculatorio (semen). No interfiere con la produccion de espermas o con la producción de hormona masculina (testosterona) por parte de los testículos. Después de la operación la mayoría de los hombres pueden regresar a su trabajo el mismo día, experimentando solo incomodidad mínima en el área del escroto y quizás un poco de hinchazón.

Cuando están completamente recuperados, aproximadamente en una semana, los hombres pueden alcanzar el orgasmo, eyacular (la cantidaad de líquido permanece igual) y disfrutar el coito. Después de la cirugía los testículos continuan produciendo espermas que son ahora reabsorbidos en vez de ser eyaculados. Sin embargo, una desventaja de la operacion es que el hombre no estará estéril (imposibilitado de causar un embarazo) hasta pasadas seis semanas La razón de ello es que quedaran algunos espermas en el tubo por debajo de donde es cortado (o bloqueado) por hasta 6-8 semanas o hasta que los espermas restantes sean eyaculados (se requieren 6-10 eyaculaciones). Por lo tanto, hasta que se pruebe una muestra de semen y no se encuentre ningun esperma, la pareja debe utilizar condones u otro metodo anticonceptivo.

La tasa de fracaso para la vasectomía es de aproximadamente 1 por 1000. A pesar de que la vasectomía puede ser revertida (ej. cada vas restaurado nuevamente) la operación (vasovasotomía) es difícil de hacer, es cara ($500 a $2,000) y muchas veces no exitosa. Por lo tanto, la decisión de someterse a una vasectomía debe ser considerada como permanente.

Esterilización femenina

A diferencia de los masculinos, los órganos reproductores femeninos - útero, trompas y ovarios - yacen profundamente en el abdomen. Como consecuencia de ello, las operaciones diseñadas para esterilizar - la mujer son mucho más complicadas, caras y menos seguras que una vasectomía. Las dos operaciones de esterilizacion femenina más comunes son:

1. Minilaparotomía (mini lap)

2. Oclusión laparoscópica

Con la minilaparotomía, se hace un pequeño corte (de aproximadamente una pulgada) en el bajo abdomen justo por encima del hueso púbico. El corte se extiende hacía adentro y se entra la

cavidad abdominal. Una vez dentro, se identifican las trompas, se aíslan y luego se cortan o se amarran (método Pomeroy) o se colocan bandas elasticas (anillos de Falope) a su alrededor. Cuando el procedimiento es llevado a cabo por un médico calificado, se demora aproximadamente 15-20 minutos. Se utiliza anestesia local y sedantes suaves para minimizar la incomodidad abdominal. Generalmente la mujer puede retornar a su casa de 2-4 horas despues de la operación y volver a asumir la mayoría de sus actividades en 24-48 horas La recuperación puede, en algunos casos, tomar una semana o más.

La oclusión laparoscópica implica pasar un pequeño telescopio metálico hacia el interior del abdómen de la mujer a traves de un pequeño corte (de menos de media pulgada) justamente debajo del ombligo. Mirando a través del telescopio iluminado, el cirujano localiza y aísla las trompas. Las trompas son entonces bloqueadas colocando una banda elastica (anillo de Falope) o un clip a su alrededor. Las trompas también pueden ser bloqueadas por medio de la electrocauterización.

Dos ventajas de la laparoscopía sobre la minilaparotomía son·

1. menos molestia durante el procedimiento, y

2. un intervalo de recuperación más corto.

Las desventajas más importantes de la laparoscopía son:

1. El equipo es muy caro ($4,000 a $6,000 por cada juego de laparoscopía). Mientras, los juegos de minilaparotomía cuestan menos de $200).

2. El equipo y los instrumentos son difíciles de mantener en buen estado de uso, y caros de reparar.

3. Se requiere considerable mayor habilidad y experiencia por parte del cirujano para efectuar una laparoscopía una minilaparotomía.

Después de hacerse ligar las trompas por cualquier método, la mujer continúa produciendo cantidades normales de hormonas sexuales de sus ovarios, tiene periodos y disfruta del coito igual que antes de la operación. Además, el ligarse los tubos no afecta la edad de la menopausia (cambio de vida).

Tanto en el caso de la minilaparotomía como con la laparoscopía las fallas en oclusiones de las trompas son muy bajas (menos de 1 por 100). Como con todos los procedimientos quirurgicos, hay un pequeño riesgo de pequeñas infecciones de la piel (herida) (2-5 por ciento) y rara vez (<0.5 por ciento) una infección abdominal o pelvica seria La tasa menor observada de mortalidad para ambos procedimientos es de aproximadamente 1 por cada 100,000 casos, pero se han reportado tasas tan altas como 10-16.

Pueden invertirse y "enganchar" las trompas, pero la operación es muy difícil, requiere anestesia general (sueño) y es muy cara ($2,000 a $7,000 en países desarrollados). La tasa de éxito es aun menor que para revertir la esterilización masculina. Por lo tanto, y como se mencionara anteriormente, la decisión de someterse a una operacion para esterilización, masculina o femenina, siempre debe ser considerada permanente.

CHARLA:

FACTORES A CONSIDERAR AL EVALUAR METODOS MODERNOS Y TRADICIONALES PARA ESPACIAR LOS NACIMIENTOS Y METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

Factores a considerar al evaluar métodos modernos y tradicionales para espaciar nacimientos y métodos anticonceptivos permanentes

Al introducir servicios para espaciar los nacimientos en el sitio de trabajo, debe considerarse una cantidad de asuntos. Ofrecer estos servicios es de gran valor para los trabajadores que de otra forma no podrían asistir a clínicas debido a sus horas de trabajo y sus responsabilidades familiares. Tener los servicios facilmente disponibles entusiasma a los trabajadores para continuar con los métodos ya seleccionados. El personal esta facilmente disponible para contestar preguntas, resolver problemas o para obtener nuevos insumos Esto entusiasma a los trabajadores a disfrutar de mas altos niveles de salud y mas control sobre sus vidas personales Se pierde menos tiempo de trabajo cuando se asiste a clínicas en el lugar de trabajo Los beneficios reales para el trabajador y para el patron, son evidentes.

Para obtener los mejores resultados se necesita enfocar en una serie de asuntos antes de organizar un programa. La planificacion familiar es un asunto muy personal y privado Los servicios deben ser provistos por personal bien capacitado en un area tranquila y privada. Nadie debe sentirse obligado a escoger ninguno de los metodos disponibles Algunos trabajadores pueden querer sencillamente aprender cuales son las opciones disponibles, pensando lentamente en ellas y luego escoger participar o no

Al organizar una clínica o servicios en el lugar es importante que los trabajadores de la salud esten disponibles durante todas las horas que los trabajadores estan libres de sus responsabilidades de trabajo para buscar consejos así como servicios directos Los programas que son sensibles a la necesidad de apoyo constante para sus usuarios tienen tasas de continuacion mucho más altas (usuarios que se mantienen con su método) y satisfacción de la clientela.

Es muy importante que se ofrezca una variedad de opciones a las parejas a medida que varían sus situaciones individuales. Una elección libre y facil insta a las personas a escoger y luego escoger nuevamente si no están satisfechos.

Al escoger cuál método ofrecer en su clinica, debe considerarse una serie de factores. ¿Hay otros servicios disponibles localmente? ¿En qué forma puede usted cooperar con los servicios existentes? ¿Son sus trabajadores de la salud competentes para proveer todos los métodos? ¿Hay métodos que no son aceptables en su localidad debido a factores religiosos, rumores. u otros factores culturales inherentes a su situación? ¿El incluir este método pondra en peligro inicialmente la aceptación de su nuevo programa?

[NOTA AL CAPACITADOR: Cuando se discuta esta sección refiérase al siguiente material adicional, Material para Repartir A, "Una Guía para los Métodos Anticonceptivos Modernos". Este material para repartir es publicado por el Population Crisis Committee (Comité de Crisis de la Población), Washington, D.C.]

Seleccionando el tipo y cantidad de anticonceptivos orales a mantener en existencia

Actualmente hay más de 30 marcas de AOs disponibles en los Estados Unidos y cerca de 100 en el mundo. La decisión con respecto a cuántas y cuáles marcas proveer depende de varios factores:

1. La composición versus la efectividad de los varios AOs relacionada con:

   - el tipo y cantidad de estrógeno en cada píldora
   - el tipo y cantidad de progestina en cada píldora

2. Características de la población cliente a la cual se ha de servir tal como:

   - edad
   - estado general de salud (+ desnutrición) presion arterial, etc.)
   - nivel de educación
   - estatus socioeconómico
   - proporción de empleados hombres versus mujeres
   - extensión de los beneficios de salud de la compañía/plantacion (ej. ¿está cubierto el/la cónyugue, hijos?

3. Logística y capacidad de provisión del programa de servicio

   - Cantidad de marcas de AOs que el programa puede mantener en existencia y proveer con confiabilidad sobre una base regular.

5. Capacitación y experiencia del personal

   - Puede el personal dar instrucciones precisas a los clientes para las diferentes marcas, tipos (dosis fija, multifásica o mini píldora de sólo progesterona) y los diferentes regímenes.

6. Costo de los AOs (programas subsidiados versus programas no subsidiados)

   - El costo por unidad (paquete de 21 o 28 píldoras) es de $0.27 (programa subsidiado) pero el precio al consumidor en un país desarrollado esta entre $10 a $15 por ciclo (no subsidiado).

La mayoría de estos factores estan cubiertos en otras secciones del módulo y no los discutiremos aquí. En los siguientes párrafos nos concentraremos en los factores farmacologicos y su papel al determinar los tipos de AOs para tener en existencia.

Composicion versus efectividad

La meta en el uso de AOs es dar al cliente una preparacion del mayor grado de efectividad (ej la menor probabilidad de falla) aunado a la menor cantidad de efectos secundarios y problemas serios. Ambos tipos de AOs de combinacion (dosis fija y multifasica) contienen uno de 2 estrogenos sinteticos y una de 10 progesteronas Afortunadamente no todas las 10 progestinas estan disponibles en la mayoria de los paises. La dosis de estrogeno en estos AOs fluctua de 20 mcg a 100 mcg, mientras que la cantidad de progestina fluctua entre 0 15 a 10 mg. Sin embargo, actualmente la mayoria de los AOs de combinacion contienen 1 mg o menos de progestina En contraste, los AOs de progestina solamente contienen solo 0 08 a 0 5 mg , de una decima parte a la mitad de progestina que en los AOs de combinacion

La efectividad del anticonceptivo de las pildoras de combinacion es el resultado tanto del estrogeno como de la progestinas. El embarazo mientras se toman los AOs puede ser debido al fracaso del metodo (falta de eficacia), fracaso del usuario (olvidarse tomar el AO) u otros factores tales como la condicion de nutricion del cliente o el uso concurrente de otras drogas. La tasa general de fracasos es la debida a todas las causas En los paises donde la salud general (condicion de nutricion) de las mujeres es buena, la mayoria de los estudios no han mostrado diferencia estadistica en la tasa general de fracasos entre los AOs de combinacion que contienen 50 mcg de estrogeno y aquellos que contienen 30-35 mcg (ej tasas de fracaso de 2.0-2 5 de embarazos por cada 100 mujeres que correcta y consistentemente utilizan el metodo durante el primer año) Para aquellos AOs de combinacion que contienen solo 20 mcg de estrogeno, la tasa de fracaso es mas alta, 3 0-5 0 Se piensa que se debe a la falta de efecto perdurable de las pildoras de menor dosis (ej. el olvidarse tomar una pildora tendra mayor probabilidad de resultar en un embarazo con los AOs de 20 mcg que con los que contienen 30-50 mcg).

En los paises en desarrollo la tasa general de fracaso aun con las pastillas de combinacion de dosis moderada (30-50 mcg) es considerablemente mas alta que en los paises desarrollados. Por ejemplo, una encuesta nacional en 1976 en las Filipinas reporto 8 embarazos por cada 100 años-mujer durante el primer año de uso de la píldora, 9 2 durante el segundo año y 5 1 en el tercero En varios paises del sur asiatico se han observado tasas de fracaso del usuario tan altas como 11 a 25 por ciento Las dos principales razones para las tasas de fracaso mas altas en los paises menos desarrollados es que no estan acostumbradas a tomar pildoras sobre una base regular (diaria) y no comprenden que el dejar de tomar una(s) pildora(s) reduce sus efectos anticonceptivos De acuerdo a estudios de la OMS, en algunas areas hasta un 53 por ciento de las usuarias no toman los AOs regularmente.

El pobre estado nutricional de las usuarias de los AOs tambien contribuye a su menor efectividad Estudios comparativos realizados en cinco paises desarrollados y 11 paises menos desarrollados muestran diferencias nacionales e individuales en la absorcion de las hormonas de la pildora y su subsecuente almacenamiento en el cuerpo En mujeres desnutridas la absorcion y el almacenaje de hormonas es menor porque sus niveles de grasa corporal son muy bajos. De esta forma

146

para la mayoria de las mujeres en los paises menos desarrollados, donde la nutrición es pobre y la prevalecencia de diarrea cronica alta, un AO de dosis moderada (con por lo menos 30 mcg) de estrógeno debe usarse en vez de los AO de más bajas dosis (20 mcg)

Basado en lo anterior, las sugerencias a ofrecerse respecto al tipo y numero de AOs diferentes, son como sigue·

1. **Programa de servicio pequeño**

   - Tipo de metodos para espaciar los nacimientos limitados a metodos de barrera, espermicidas vaginales y AOs

   - El personal esta limitado a dar consejos sobre el metodo, no hacen examenes de la pelvis y todos los problemas de metodos de los clientes son referidos

Recomendaciones

- Píldora de combinacion (tipo dosis fija) que contega 30-50 de estrogeno y 0 15 a 1 0 mg de progestina (NOTA· Donde la economia lo permite, la provision no es problema y el personal esta bien capacitado, puede ser preferible tener dos "marcas" diferentes de AOs de dosis moderada [ej. Noriday y Lo-femenal] para permitir la seleccion del cliente y el cambio si hay efectos secundarios menores).

- Mini pildora que contiene solo progestina (NOTA No utilice esta pildora para iniciar a clientes nuevas que no esten lactando)

Preparativos sugeridos

Marca	Estrógeno	mcg	Progestina	mg
AOs de combinacion				
Noriday	mestranol	50	norethindrone	1.0
Lo-femenal	ethinyl estradiol	30	norgestrel	0.3
Norminest	ethinyl estradiol	35	norethindrone	0.5
AOs de Progestina solamente				
Nor Q.D.	-		norethindrone	0 35
Ovrette	-		norgestrel	0.075

147

2. Programa de servicio de tamaño intermedio

- Métodos para espaciar nacimientos limitados a metodos de barrera, espermicidas vaginales, AOs, inyectables y DIUs.

- Personal limitado a asesoría de método (todos los metodos para espaciar los nacimientos), hacer exámenes de la pelvis, manejar la mayoría de los problemas de los métodos, y remitir para ± DIUs, NORPLANT[R] (si esta disponible) y VSC.

Recomendaciones

- Píldora de combinacion (tipo dosis fija) que contenga 30-50 mcg de estrógeno y 0.15 a 1.0 mg de progestina (NOTA: Donde la economía lo permite, la provisión no es problema y el personal esta bien capacitado, puede ser preferible tener dos "marcas" diferentes de AOs de dosis moderada [ej. Noriday y Lo-femenal] para permitir la selección del cliente y el cambio si hay efectos secundarios menores no deseables)

- Mini píldora que contiene sólo progestina (NOTA: No utilice esta pildora para iniciar a clientes nuevas que no estén lactando.)

- Anticonceptivo inyectable de progestina de larga acción.

Preparativos sugeridos

Marca	Estrógeno	mcg	Progestina	mg
AOs de combinación				
Noriday	mestranol	50	norethindrone	1.0
Lo-femenal	ethinyl estradiodl	30	norgestrel	0.3
Norminest	ethinyl estradiol	35	norethindrone	0.5
AOs de Progestina solamente				
Ovrette	-		norgestrel	0.075
Anticonceptivos Inyectables				
Depo-Provera	-		acetato de medroxyprogesterona	150.00
Norethindrone enanthate (NET-EN)	-		norethidrone enanthate	100.00

- DIUs, se recomienda el más avanzado DIU T de cobre (TCu-380A).

[NOTA: Depro-Provera (150 mg) se administra como inyección intramuscular cada tres meses, y Norethindrone Enanthate (100 mg) instramuscular cada dos meses.]

3. Programa de servicio completo

- Se proveen todos los métodos y anticonceptivos para espaciar los nacimientos.

- El personal es completamente calificado y puede manejar todos los problemas y complicaciones de los métodos.

Recomendaciones

- AO de combinacion, mini píldora de progestina solamente, anticonceptivo inyectable y NORPLANT[R] (si esta disponible)

- DIU (TCu 380A)

Preparaciones sugeridas

Las mismas que para el programa de servicios de tamaño medio con la adición de NORPLANT[R].

En resumen, no hay necesidad de tener en existencia mas de una o, a lo sumo, dos "marcas" de AOs de combinacion (30-50 estrogeno), una mini píldora de progestina solamente y un anticonceptivo inyectable sin importar el tamaño del programa de servicios de planificacion familiar De hecho, tener en existencia varias marcas de píldoras de combinacion solo sirve para confundir al personal y a los clientes asi como para complicar los problemas logisticos y de existencias Recientemente, USAID/W ha decidido dejar de proveer AOs de combinacion con 50 mcg de estrogeno (Femenal) Los AOs con dosis de estrogeno de 50 mcg o mas se asocian a mayores riesgos de complicaciones serias y efectos colaterales problematicos, tales como nauseas y edema ciclico Ademas, su efectividad no es mejor que la de los AOs de combinacion de dosis moderada Muy raras veces se indica el uso de AOs de alta dosis. En el otro extremo del espectro estan los AOs de combinacion de baja dosis (20 mcg de estrogeno) Las razones basicas para no recomendar estos AOs se discutieron anteriormente y consisten en las siguientes consideraciones·

1. Las píldoras de bajas dosis tienen una tolerancia limitada y menor efectividad en los paises donde prevalecen la desnutricion y la diarrea cronica comun

2. Las píldoras de bajas dosis tienen una tasa mas alta de efectos colaterales molestos, tales como sangradura y falta de sangradura o manchado durante los 7 días de suspension de la pildora o cuando se estan tomando los placebos.

3. La tasa general de fracasos para las pildoras de bajas dosis de estrogeno, incluso en los países desarrollados, es mayor que para las de dosis moderada (30-50 mcg de estrógeno) y no es mejor que para la mini píldora de progesterona solamente.

Adaptación del cliente al metodo

Más abajo se encuentran directrices para ayudar al cliente a seleccionar el metodo de planificacion familiar apropiado. Para cada categoría de cliente los metodos recomendados estan enlistados en orden descendente. Las recomendaciones son con fines de discutirlas solamente y deben ser consideradas como las unicas opciones o, en algunos casos, aun las mejores Al ayudar a los clientes a escoger el método para espaciar los nacimientos o el metodo anticonceptivo, usted siempre debe respetar sus preocupaciones y expectativas a la vez de evaluar criticamente la habilidad del cliente para comprender y utilizar correctamente el(los) metodo(s) que se esta(n) considerando.

Grupo A. Parejas que solamente desean espaciar los nacimientos

Ejemplos:

- **parejas jovenes que desean demorar el primer embarazo, y**
- **parejas que desean espaciar el siguiente o subsiguiente embarazo/s.**

Recomendaciones:

1. **AOs - tipo de combinación, dosis fija, régimen de 21 o 28 píldoras**
2. **Condón en adición a espermicidas vaginales**
3. **Diafragma (si hay disponible) en adición a espermicidas vaginales**
4. **Planificación familiar natural (PFN) - método del ritmo por temperatura o mucosa**
5. **Retiro en adición a espermicidas vaginales**

Comentarios:

En algunos países menos desarrollados hay cierta reticencia a recomendar AOs a parejas sin hijos o con menos de dos niños menores de 5 años. Esto esta basado, en parte, en la creencia equivocada de que los AOs pueden afectar negativamente la futura fertilidad, y en gran parte en consideraciones sociales y culturales. En algunos paises, los anticonceptivos inyectables y el NORPLANT[R] se están utilizando como método para espaciar los embarazos para las parejas con uno o mas hijos.

Grupo B. Parejas con 2 o más niños y el más pequeño de 5 años o más de edad, que quieren anticonceptivos (no más embarazos) pero no quieren un método permanente - anticonceptivo quirúrgico voluntario (AQV)

Ejemplos:

- **parejas opuestas al AQV,**
- **parejas no elegibles para AQV por restricciones de edad (la edad mínima varía de país en país por lo que deben revisarse las regulaciones de salud local), o**
- **parejas que no están emocionalmente listas para el AQV.**

Recomendaciones:

1. Progestina inyectable de larga acción (si hay disponible) o implante subdermico de NORPLANT[R]
2. AOs (tipo combinacion)
3. DIU (TCu 380A)
4. Método de barrera (condón o, si hay disponible, diafragma) con espermicida
5. PFN (metodo de temperatura o mucosa)

Comentarios:

Las progestinas de larga accion (inyectables e implantes) son altamente efectivas y bien toleradas. Los beneficios adicionales son que el riesgo de anemia por perdida de hierro es menor y el aumento real de peso (2-5 lbs.) no edema (hinchazon de las piernas, etc.) ocurre durante el primer año de uso. RECUERDE: El retorno de la fertilidad se demorará 3-4 meses despues de la ultima inyeccion de Depo-Provera (DMPA) o 2-3 meses con el norethindrone enanthate (NET-EN). Esto representa el tiempo que toma eliminar la ultima dosis de DMPA o NET-EN del cuerpo. Por lo contrario, con los implantes de progestina, una vez son removidos, cesa el efecto anticonceptivo

Grupo C. Parejas que han completado sus familias y desean anticoncepción permanente (AQV)

Recomendaciones:

1. operación de esterilizacion masculina (vasectomía)
2. Esterilización femenina (minilaparotomia o laparoscopía)

Comentarios:

Considerando todas estas cosas (ej. igual asequibilidad a los servicios, calidad del cuidado, etc) la vasectomía es más sencilla y más facil de efectuar, mas segura y menos cara que cualesquiera de las dos operaciones femeninas Más aun, en el caso poco probable de un desastre familiar (perdida de algunos o todos los hijos en caso de accidente o enfermedad) la vasectomia puede revertirse más facilmente y con una tasa de exito mas alta.

Las condiciones locales dictaran si la minilaparotomía o la laparoscopía es el proced miento femenino preferido. Además, en algunos países otros procedimientos femeninos tales como la ligadura tubarica vaginal puede ser la técnica preferida

Tanto la minilaparotomia como la laparoscopía se recomiendan solo como procedimientos AQV de intervalo (ej han transcurrido de 10 a 12 semanas desde el ultimo embarazo y parto de la mujer). La tecnica de ligadura tubarica postparto difiere en cierta forma de la minilaparotomía (ej. la incision de la piel se hace más arriba en el abdomen debido a un utero agrandado).

Grupo D. Parejas/clientes con problemas especiales

Ejemplos:

- **mujeres lactantes**
- **AOs de combinación contraindicados o posible riesgo aumentado si se usan**
- **la pareja solamente desea espaciar los nacimientos**

Recomendaciones:

1. **Condón o diafragma en adición a espermicidas vaginales**
2. **Mini píldora de progestina solamente**
3. **NFP (método de temperatura o mucosa)**
4. **Espermicida vaginal solo**
5. **Retiro con espermicida**

- **La pareja desea anticoncepción (no más embarazos) pero no está lista para un método permanente**

Recomendaciones:

1. DIU (TCu 380A)

2. Mini píldora de progestina solamente

3. Inyectables o implantes (utilice solamente si no hay problemas con la mini píldora)

4. Condón o diafragma con espermicida

5. NFP (método de temperatura o mucosa)

- **La pareja desea anticoncepción permanente**

Recomendaciones:

1. Vasectomia

2. Procedimiento femenino (solamente después de la evaluacion y correccion de problemas de salud si es posible)

Grupo E. Las parejas para las cuales los DIUs están contraindicados o donde hay posible aumento de riesgo si se utilizan.

- **Las parejas que desean anticoncepción (no más niños) no están listas para un AQV**

Recomendaciones:

1. Progestina inyectable de larga acción (si esta disponible) o implante subdérmico de NORPLANT[R]

2. AOs (tipo de combinación)

3. Condón o, si hay disponible, diafragma con espermicida

4. NFP (método de temperatura o mucosa)

Comentarios:

Las condiciones en las cuales un DIU está contraindicado o estaría asociado a un mayor riesgo, son como sigue·

- historial de infeccion pélvica (IP), infección uterina (endometritis), infeccion post parto o complicación de operacion cesárea

- infección vaginal/cervical no controlada
- sangradura vaginal/uterino no diagnosticado
- prueba de Papanicolaou anormal
- múltiples compañeros sexuales

ESTIMANDO EL AÑO-PROTECCION POR PAREJA (APP)

[AL CAPACITADOR: Este ejercicio puede incluirse basado en la experiencia y el historial de los participantes.]

Los sistemas estadísticos para servicios de programas de planificacion familiar a menudo producen datos inexactos sobre "usuarios activos" de un programa, lo que constituye una de las medidas más importantes de los resultados de un programa. En esta sección, se describe otro metodo de medicion de los resultados de la planificacion familiar de un programa en terminos de proteccion anticonceptiva potencial aplicado por el programa.

El índice de APP provee una forma de determinar la proteccion anticonceptiva total ofrecida por los diferentes metodos entregados por un programa durante un cierto período de tiempo Un APP es igual a 12 meses-pareja de proteccion, lo que puede atribuirse a cualquier combinación de tiempo-persona, de una pareja que practica el control de la natalidad por un año a 12 parejas que practican el control de la natalidad por un mes cada una De esta forma, 12,000 APPs de anticonceptivos orales dispensados a los usuarios es suficiente para satisfacer la necesidad de anticonceptivos de 12,000 parejas para un año, o 24,000 parejas por 6 meses, etc. Así, el APP indica cuanto tiempo de protección anticonceptiva podría resultar de la cantidad de anticonceptivos dispensados.

[AL CAPACITADOR: El material de las dos páginas siguientes debe ser distribuído a los participantes. La información contenida en la primera página debe repasarse cuidadosamente con los participantes. Luego se les solicita a ellos completar los números faltantes en la segunda página.]

Ejercicio: estimando el año-protección por pareja (APP)

En la práctica el procedimiento para hacer un estimado del APP consiste en tres pasos·

1. De las tarjetas de control de inventario, se obtiene la cantidad de tipos de métodos dispensados durante el período de tiempo En este ejercicio, se supone que estos datos estan disponibles (ver Problema Muestra en la proxima página, Columna 2)

2. Luego, se determina la cantidad de cada metodo necesaria para proveer un APP. Esto puede variar de pais a pais, de programa a programa, y de region a region. En la practica, el administrador del programa computara estos factores para sí mismo(a) de los estudios locales Para el Problema Muestra, se utilizaran los siguientes estimados·

   a. Sin contar el desperdicio, se necesitan 13 ciclos de anticonceptivos orales para proteger a una pareja del riesgo de embarazo por un año.

   b. Como promedio, las parejas utilizan 120 condones al año.

   c. Como promedio, un DIU se mantiene en su sitio por 2.5 años. Por lo tanto, el uso promedio por año es 1 dividido entre 2.5 = 0.4 unidades (DIUs).

   d. Como promedio, un tubo de crema, gelatina o espuma ofrece 3 meses de proteccion. Por lo tanto, se necesitan 4 unidades para proveer un APP.

   e. Como promedio, un tubo de Neo-Sampoon (20 tabletas) ofrece dos meses de protección. Por lo tanto, se necesitan seis unidades para un APP.

   f. Cada inyección anticonceptiva ofrece 3 meses de proteccion. Por lo tanto, cuatro inyecciones dan un APP.

3. Para calcular el APP para cada método, simplemente divida la cantidad de cada metodo anticonceptivo dispensado entre la cantidad promedio de cada metodo utilizado por una pareja al año, o su factor de conversión.

PROBLEMA MUESTRA: Determine el APP para cada método y el factor APP de todos los problemas

Método anticonceptivo (1)	Cantidad dispensada (2)	Número promedio necesario por pareja por año (3)		Logro de APP (4)=(2)÷(3)
Píldora	290,416	13 ciclos	=	22,340
Condón	193,596	120 unidades	=	1,613
DIU	540	0.4 unidades	=	1,350
Crema (incluyendo diafragmas)	1,116	4 tubos	=	279
Neo-Sampoon	2,491	6 tubos	=	415
Inyección	9,260	4 inyecciones	=	2,315
			TOTAL	28,312

Fuente: CDC. Logistical Guidelines for Family Planning Programs. (Directrices Logísticas para Programas de Planificación Familiar) Atlanta: Center for Health Promotion and Education Division of Reproductive Health, junio, 1985.

TABLA 1: Características de los principales enfoques para proveer servicios de planificacion familiar.

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
I. EN LA COMUNIDAD		
Se reclutan voluntarios locales, generalmente mujeres del pueblo, para educar a sus vecinos. Los voluntarios tambien son responsables por la distribucion de los métodos de planificación familiar a los usuarios. En su capacitación, los voluntarios aprenden los conceptos basicos de la planificacion familiar, como debe ser utilizado cada metodo, cuales son las contraindicaciones y efectos secundarios de cada método, y como mantener sistemas sencillos de acopio de datos Un médico partero, o enfermera de planificación familiar supervisa las actividades del voluntario para manejar cualesquiera problemas que puedan surgir.	Los usuarios pueden obtener metodos mas baratos. Mas conveniente para los pacientes quienes no necesitan viajar largas distancias. Los insumos son distribuidos por alguien a quien el paciente conoce y en quien confia. Las madres postparto pueden ser identificadas y visitadas El seguimiento es mas facil La motivacion del usuario se mantiene a un nivel alto por la interaccion continua de los voluntarios.	Los costos iniciales del programa son mas altos para el usuario. No se ofrecen servicios de salud materno infantil/planificacion familiar completos No hay acceso inmediato al personal clinico para el manejo de problemas Algunos profesionales de la salud se resisten a los servicios voluntarios El usuario puede no gozar de un servicio confidencial. El usuario puede no tener confianza en los trabajadores no medicos.
II. DISTRIBUCION COMERCIAL		
La distribución comercial se inició con el conocimiento de que las areas remotas que no tienen acceso alguno a los cuidados medicos, de alguna forma parecen tener otro tipo de artículos de consumo disponibles en sus fuentes. Si otros insumos pueden llegar a estas áreas muy remotas, también pueden hacerlo los insumos de planificación familiar. La mayoría de los países limitan la distribución comercial de	Puede llegar a áreas remotas no alcanzadas por otros programas. Los usuarios no necesitan viajar largas distancias. Los distribuidores estan motivados por las ganancias de las ventas. La disponibilidad de los métodos se propagandiza bien. Los usuarios no necesitan esperar en líneas para recibir los metodos. El usuario tiene privacidad.	Los pacientes deben ir a la clínica para el manejo de sus problemas. Puede ser costoso iniciar un nuevo programa. No se ofrecen servicios completos La promoción y propaganda de anticonceptivos puede estar sujeta a crítica Los oficiales de salud publica no tienen control sobre el sistema de reprovisionamiento

TABLA 1: continuído

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
anticonceptivos orales a las farmacias. Sin embargo, los metodos de barrera son vendidos en casi todas partes: almacenes de comestibles, mercados, y en la calle por vendedores ambulantes.	Los costos para el gobierno pueden ser bajos. Generalmente el reaprovisionamiento a los puntos de distribución es confiable.	
III. SERVICIOS EN LA CLINICA		
El servicio en la clínica es un enfoque razonable en áreas donde los trabajadores de la salud estan disponibles y los usuarios no viven lejos de la clinica. Con alguna supervision médica, las enfermeras capacitadas y las comadronas, examinan a las mujeres, prescriben los metodos de planificacion familiar apropiados, y manejan los problemas.	Los pacientes son vistos en cada visita por profesionales de la salud. Los problemas pueden ser detectados y tratados en la visita. Puede hacerse un cambio de metodo rapidamente en la clinica. Los costos de puesta en marcha son bajos si ya existen servicios de Salud Materno-Infantil (MCH). Se ofrecen servicios mas completos.	Los pacientes estan preliminarmente limitodos a aquellos que viven cerca El seguimiento depende de que los usuarios regresen a la clínica La enfermera o la comadrona pueden no estar familiarizadas con el paciente. Se espera que el paciente venga por si mismo. El medico o enfermera puede ser un hombre, lo que no seria aceptable en algunas culturas.
a) SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL/ PLANIFICACION FAMILIAR		
Como punto inicial, el programa de Salud Materno-Infantil/Planificación Familiar es preferido por muchos gobiernos africanos porque las madre pueden obtener varios servicios afines en un lugar, dando así continuidad de cuidado, y porque la planificacion familiar puede ser provista para espaciar los nacimientos como parte del cuidado materno-infantil, y no como una	Puede atraer a mayor número de madres que vienen a otro tipo de visitas. Los usuarios pueden recibir cuidado de pediatría, obstetrico, y ginecologico en un sitio, junto con los servicios de planificacion familiar. En teoría, ofrece una transicion del postparto a la planificacion familiar, y a la inversa. Los pacientes que no	Los usuarios de planificacion familiar que son vistos solamente despues de haber atendido los problemas de salud materno-infantiles. Los trabajadores pueden tener demasiado trabajo y no ser suficientes. Las funciones administrativas son mas complicadas especialmente si el reaprovisionamiento y las estadísticas de in-

159

TABLA 1: continuído

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
medida para "controlar la fertilidad".	sienten cómodos con el estigma social del control de los nacimientos no son tan facilmente identificados como usuarios de planificacion familiar La planificacion familiar puede ser establecida como un elemento importante en la salud de las mujeres y de los niños.	forme de servicios de planificacion familiar no estan integrados a los sistemas de apoyo y el programa de MCH. Los trabajadores no siempre capacitados especificamente para la planificacion familiar pueden acomodar la integracion de servicios de planificacion familiar
b) SOLAMENTE PLANIFICACION FAMILIAR		
Las clínicas que ofrecen servicios de planificacion familiar solamente, frecuentemente estan establecidas en areas urbanas o pueblos grandes para responder a la demanda existente de anticonceptivos.	Los trabajadores de planificación familiar estan mas motivados a la entrega de planificacion familiar Puede dedicarse mas tiempo a aconsejar y educar a cada usuario Generalmente existe una mejor proporcion trabajador-a-usuario de planificacion familiar. Los trabajadores que han recibido capacitacion especial en planificacion familiar pueden ser mas efectivos. Las mujeres solteras sin hijos se sienten mas cómodas en este tipo de facilidad.	Los usuarios deben ser motivados a venir por sí mismos a los servicios de planificación familiar No existe una transicion suave del período de parto al momento en que una mujer necesita servicios de planificacion familiar o al momento en que ella necesita cuidado prenatal. Las mujeres deben visitar otras instalaciones para recibir otros servicios de salud Las clínicas carecen del incentivo adicional de la oferta de servicios para atraer a muchas madres.

Fuente: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa. 1983, pp. 283-284.

TABLA 2: TASAS DE FRACASO DE LOS METODOS PARA ESPACIAR LOS NACIMIENTOS Y ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES, DURANTE EL PRIMER ANO

Método	Tasa fracaso más baja observada* (%)	Tasa fracaso usarios típicos** (%)
Esterilización tubárica, mujeres	0.2	0.2-1
Vasectomía, masculina	0.15	0.5-1
Progestina Inyectable	0.25	1
Píldoras Anticonceptivas combinadas	0.5	1-8
Píldoras progestina solamente	1	3-10
DIU (TCu 380A)	1-3	1-5
Condón	1-2	3-15
Diafragma (con espermicidas)	2	4-25
Esponja (con espermicidas)	11	15-30
Espumas, cremas, gelatinas, y supositorios vaginales	3-5	10-30
Coito interrumpido	16	23
Técnicas de conciencia de fertilidad (temperatura basal corporal, metodo de mucosa, calendario y "ritmo")	1-50	10-30
Casualidad (ningun metodo de control de la natalidad)	35-90	90-125

*Diseñado para completar la oracion: "En 100 usuarios que comienzan el año utilizando un metodo dado y que lo usan correcta y consistentemente, la tasa más baja de fracaso observada ha sido ____".

**Diseñado para completar la oración: "En 100 usuarios típicos que comienzan el año utilizando un metodo dado, el numero de embarazos al final del año será ____".

Fuente: Contraceptive Technology, (Tecnologia Anticonceptiva), Edisión 13ava. Revisada, p. 102.

Tabla 3: MORTALIDAD ASOCIADA CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN PAISES DESARROLLADOS Y PAISES EN DESARROLLO

Método y condicion del usuario	No. de embarazos (por cada 100,000 mujeres fértiles en riesgo*)	No. de muertes maternas	No. de muertes relacionados con el metodo
PAISES DESARROLLADOS			
Ningun método			
Menos de 35	60,000	12	0
35 y mayor	40,000	22	0
Anticonceptivos orales			
No fumadora menor de 35	3,000	0.6	1
Fumadora menor de 35	3,000	0.6	10
No fumadora de 35 y mayor	2,000	1.1	15
Fumadora de 35 y mayor	2,000	1.1	48
DIUs			
Menor de 35	5,000	1	1
Mayor de 35	3,000	1.8	2
Condones, diafragmas, etc.			
Menor de 35	14,000	2.8	0
Mayor de 35	7,000	5.6	0
PAISES EN DESARROLLO			
Ningun método			
Menor de 35	60,000	60	0
35 y mayor	40,000	160	0
Anticonceptivos orales			
No fumadora menor de 35	12,000	12	1
Fumadora menor de 35	12,000	12	1
No fumadora de 35 y mayor	6,000	24	15
Fumadora de 35 o más	6,000	24	48
DIUs			
Menor de 35	8,000	8	2
35 y mayor	3,000	12	4
Condones, diafragmas, etc.			
Menor de 35	20,000	20	0
35 y mayor	10,000	40	0

*Las mujeres esterilizadas, lactando o sin menstruación no están incluídas.

Fuente: Tietze y Levit, International Journal of Gynecology and Obstetrics (Diario Internacional de Ginecología y Obstetricia). 16:456, 1979

TABLA 4: PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS SUPLIDOS POR LA AID

PRODUCTO	CAJA	COSTO/UNIDAD
ESPUMA ANTICONCEPTIVA		
EMKO	3 docenas	$17.04/docena
ANTICONCEPTIVO ORAL		
LO-FEMENAL 0.3 mg Norgestrel 0.03 mg Ethinyl estradiol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE AZUL DAMA)	1200 ciclos al mes	$ .03/ciclo
OVRETTE (MINI PILDORA DE PROGESTINA SOLA) .075 mg Norgestrel (EMPAQUE ROSADO DAMA)	1200 ciclos 28 tabletas c/u	$ .13/ciclo
NORIDAY 1+50 FE 1.0 mg Norethindrone 0 05 mg Mestranol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 ciclos al mes	$ .27/ciclo
NORMINEST FE 0.5 Norethindrone 0.035 mg Ethinyl estradiol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 al mes	$ .27/ciclo
NORQUEST 1.0 mg Norethindrone 0.035 mg Ethinyl estradiol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 ciclos al mes	$ .27/ciclo
DIU		
MODELO TCu 380A	200 unidades	$ .05/unidad

TABLA 4: página 2

PRODUCTO	CAJA	COSTO/UNIDAD
TABLETAS VAGINALES ESPUMOSAS		
CONCEPTROL	4800 unidades	$ .095/unidad
CONDONES	6000 piezas	$4.24/100 piezas
49mm Coloreados (Sultan)		
49mm RAJA (rojo solamente)		
52mm Coloreado Tahiti		
52mm Color (Sultan)		
52mm No Coloreado (Sultan)		
52mm Coloreado Panther		
52mm No Coloreado Panther		
52mm Coloreado, sin marca comercial (Hecho en E.U A)		
52mm No Color, sin marca comercial (Hecho en E.U A.)		
52mm Color Azul & Moneda Dorada ULTRA DELGADO		

ESTIMANDO EL AÑO-PROTECCION POR PAREJA (APP)

Los sistemas estadísticos para programas de servicios de planificacion familiar a menudo producen datos inexactos sobre "usuarios activos" de un programa, lo que constituye una de las más importantes medidas de los resultados de un programa En esta sección se describe otro metodo de medición de los resultados de la planificación familiar de un programa en términos de protección anticonceptiva potencial dispensada por el programa.

El índice de APP ofrece una forma de determinar la proteccion anticonceptiva total ofrecida por los diferentes métodos entregados por un programa durante un cierto periodo de tiempo Un APP es igual a 12 meses-pareja de proteccion, lo que puede atribuírse a cualquier combinación de tiempo-persona, de una pareja que practica el control de la natalidad por un año a 12 parejas que practican el control de la natalidad por un mes cada una De esta forma, 12,000 APPs de anticonceptivos orales dispensados a los usuarios es suficiente para suplir la necesidad de anticonceptivos de 12,000 parejas para un año, o 24,000 parejas por 6 meses, etc Así, el APP indica cuanto tiempo de proteccion anticonceptiva podria resultar de la cantidad de anticonceptivos dispensados

Ejercicio: estimando el año-protección por pareja (APP)

En la práctica, el procedimiento para hacer un estimado del APP consiste en tres pasos:

1. Se obtiene la cantidad de tipos de métodos dispensados durante el período de tiempo de las tarjetas de control de inventario. En este ejercicio, se supone que estos datos están disponibles (ver Problema Muestra en la próxima pagina, Columna 2).

2. Luego, se determina la cantidad de cada método que se necesita para proveer un APP. Esto puede variar de país a país, de programa a programa, y de región a región. En la práctica, el administrador del programa computará estos factores para sí mismo/a de los estudios locales. Para el Problema Muestra, se utilizaran los siguientes estimados:

   a. Sin contar el desperdicio, se necesitan 13 ciclos de anticonceptivos orales para proteger a una pareja del riesgo de embarazo por un año.

   b. Como promedio, las parejas utilizan 120 condones al año.

   c. Como promedio, un DIU se mantiene en su sitio por 2.5 años. Por lo tanto, el uso promedio por año es 1 dividido entre 2.5 = 0.4 unidades (DIUs).

   d. Como promedio, un tubo de crema, gelatina o espuma da 3 meses de proteccion. Por lo tanto, se necesitan 4 unidades para proveer un APP.

   e. Como promedio, un tubo de Neo-Sampoon (20 tabletas) da dos meses de protección. Por lo tanto, se necesitan seis unidades para un APP.

   f. Cada inyección anticonceptiva da 3 meses de protección. Por lo tanto, cuatro inyecciones dan un APP.

3. Para calcular el APP de cada método, simplemente divida la cantidad de cada método anticonceptivo dispensado por la cantidad promedio de cada método utilizado por una pareja al año, o su factor de conversión.

PROBLEMA MUESTRA· Determine el APP para cada método y el factor APP de todos los problemas

Método anticonceptivo (1)	Cantidad dispensada (2)	Numero promedio necesario por pareja por año (3)		Logro APP (4)=(2)÷(3)
Píldora	290,416	13 ciclos	=	22,340
Condón	193,596	120 unidades	=	1,613
DIU	540	0.4 unidades	=	1,350
Crema(incluyendo diafragmas)	1,116	4 tubos	=	279
Neo-Sampoon	2,491	6 tubos	=	415
Inyección	2,491	4 inyecciones	=	2,315
		TOTAL		28,312

Fuente: CDC. Logistical Guidelines for Family Planning Programs. (Directrices Logísticas para Programas de Planificacion Familiar) Atlanta: Center for Health Promotion and Education Division of Reproductive Health, junio, 1985.

TABLA 1: Características de los principales enfoques para proveer servicios de planificacion familiar.

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
I. EN LA COMUNIDAD		
Se reclutan voluntarios locales, generalmente mujeres del pueblo, para educar a sus vecinos. Los voluntarios tambien son responsables por la distribucion de los métodos de planificación familiar a los usuarios En su capacitación, los voluntarios aprenden los conceptos basicos de la planificacion familiar, como debe ser utilizado cada método, cuales son las contraindicaciones y efectos secundarios de cada metodo, y como mantener sistemas sencillos de acopio de datos. Un médico partero, o enfermera de planificacion familiar supervisa las actividades del voluntario para manejar cualesquiera problemas que puedan surgir.	Los usuarios pueden obtener métodos mas baratos. Mas conveniente para los pacientes quienes no necesitan viajar largas distancias. Los insumos son distribuídos por alguien a quien el paciente conoce y en quien confía. Las madres postparto pueden ser identificadas y visitadas. El seguimiento es mas facil. La motivación del usuario se mantiene a un nivel alto por la interacción continua de los voluntarios.	Los costos iniciales del programa son más altos para el usuario. No se ofrecen servicios de salud materno infantil/planificación familiar completos No hay acceso inmediato al personal clinico para el manejo de problemas. Algunos profesionales de la salud se resisten a los servicios voluntarios El usuario puede no gozar de un servicio confidencial El usuario puede no tener confianza en los trabajadores no medicos.
II. DISTRIBUCION COMERCIAL		
La distribución comercial se inició con el conocimiento de que las áreas remotas que no tienen acceso alguno a los cuidados médicos, de alguna forma parecen tener otro tipo de artículos de consumo disponibles en sus fuentes. Si otros insumos pueden llegar a estas areas muy remotas, tambien pueden hacerlo los insumos de planificacion familiar. La mayoría de los países limitan la distribucion comercial de	Puede llegar a áreas remotas no alcanzadas por otros programas. Los usuarios no necesitan viajar largas distancias. Los distribuidores estan motivados por las ganancias de las ventas. La disponibilidad de los metodos se propagandiza bien. Los usuarios no necesitan esperar en líneas para recibir los metodos El usuario tiene privacidad.	Los pacientes deber ir a la clínica para el manejo de sus problemas. Puede ser costoso iniciar un nuevo programa. No se ofrecen servicios completos. La promocion y propaganda de anticonceptivos puede estar sujeta a crítica. Los oficiales de salud publica no tienen control sobre el sistema de reprovisionamiento.

TABLA 1: continuído

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
anticonceptivos orales a las farmacias. Sin embargo, los métodos de barrera son vendidos en casi todas partes· almacenes de comestibles, mercados, y en la calle por vendedores ambulantes	Los costos para el gobierno pueden ser bajos. Generalmente el reaprovisionamiento a los puntos de distribución es confiable.	
III. SERVICIOS EN LA CLINICA		
El servicio en la clínica es un enfoque razonable en áreas donde los trabajadores de la salud estan disponibles y los usuarios no viven lejos de la clínica. Con alguna supervision medica, las enfermeras capacitadas y las comadronas, examinan a las mujeres, prescriben los metodos de planificación familiar apropiados, y manejan los problemas.	Los pacientes son vistos en cada visita por profesionales de la salud. Los problemas pueden ser detectados y tratados en la visita. Puede hacerse un cambio de método rapidamente en la clínica Los costos de puesta en marcha son bajos si ya existen servicios de Salud Materno-Infantil (MCH). Se ofrecen servicios más completos.	Los pacientes están preliminarmente limitodos a aquéllos que viven cerca El seguimiento depende de que los usuarios regresen a la clínica. La enfermera o la comadrona pueden no estar familiarizadas con el paciente Se espera que el paciente venga por sí mismo. El médico o enfermera puede ser un hombre, lo que no sería aceptable en algunas culturas.
a) SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL/ PLANIFICACION FAMILIAR		
Como punto inicial, el programa de Salud Materno-Infantil/Planificación Familiar es preferido por muchos gobiernos africanos porque las madre pueden obtener varios servicios afines en un lugar, dando así continuidad de cuidado, y porque la planificación familiar puede ser provista para espaciar los nacimientos como parte del cuidado materno-infantil, y no como una	Puede atraer a mayor número de madres que vienen a otro tipo de visitas. Los usuarios pueden recibir cuidado de pediatría, obstétrico, y ginecológico en un sitio, junto con los servicios de planificacion familiar. En teoría, ofrece una transición del postparto a la planificacion familiar, y a la inversa. Los pacientes que no	Los usuarios de planificación familiar que son vistos solamente después de haber atendido los problemas de salud materno-infantiles. Los trabajadores pueden tener demasiado trabajo y no ser suficientes. Las funciones administrativas son más complicadas especialmente si el reaprovisionamiento y las estadísticas de in-

TABLA 1: continuído

DESCRIPCION	VENTAJAS	DESVENTAJAS
medida para "controlar la fertilidad".	sienten cómodos con el estigma social del control de los nacimientos no son tan fácilmente identificados como usuarios de planificación familiar. La planificacion familiar puede ser establecida como un elemento importante en la salud de las mujeres y de los niños.	forme de servicios de planificación familiar no están integrados a los sistemas de apoyo y el programa de MCH. Los trabajadores no siempre capacitados específicamente para la planificacion familiar pueden acomodar la integracion de servicios de planificacion familiar.
b) SOLAMENTE PLANIFICACION FAMILIAR Las clínicas que ofrecen servicios de planificación familiar solamente, frecuentemente están establecidas en áreas urbanas o pueblos grandes para responder a la demanda existente de anticonceptivos.	Los trabajadores de planificacion familiar están mas motivados a la entrega de planificacion familiar. Puede dedicarse mas tiempo a aconsejar y educar a cada usuario. Generalmente existe una mejor proporcion trabajador-a-usuario de planificación familiar. Los trabajadores que han recibido capacitacion especial en planificación familiar pueden ser más efectivos. Las mujeres solteras sin hijos se sienten más cómodas en este tipo de facilidad.	Los usuarios deben ser motivados a venir por sí mismos a los servicios de planificacion familiar No existe una transición suave del período de parto al momento en que una mujer necesita servicios de planificacion familiar o al momento en que ella necesita cuidado prenatal. Las mujeres deben visitar otras instalaciones para recibir otros servicios de salud. Las clínicas carecen del incentivo adicional de la oferta de servicios para atraer a muchas madres.

Fuente: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa 1983, pp. 283-284.

TABLE 2: TASAS DE FRACASO DE LOS METODOS PARA ESPACIAR LOS NACIMIENTOS Y ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES, DURANTE EL PRIMER ANO

Método	Tasa fracaso más baja observada* (%)	Tasa fracaso usuarios típicos** (%)
Esterilización tubárica, mujeres	0.2	0.2-1
Vasectomía, masculina	0.15	0.5-1
Progestina inyectable	0.25	1
Píldoras anticonceptivas combinadas	0.5	1-8
Píldoras progestina solamente	1	3-10
DIU (TCu 380A)	1-3	1-5
Condon	1-2	3-15
Diafragma (con espermicidas)	2	4-25
Esponja (con espermicidas)	11	15-30
Espumas, cremas, gelatinas, y supositorios vaginales	3-5	10-30
Coito interrumpido	16	23
Tecnicas de conciencia de fertilidad (temperatura basal corporal, metodo de mucosa, calendario y "ritmo")	1-50	10-30
Casualidad (ningun método de control de la natalidad)	35-90	90-125

*Diseñado para completar la frase: "En 100 usuarios que comienzan el año utilizando un método dado y que lo usan correcta y consistentemente, la tasa más baja de fracaso observada ha sido ____".

**Diseñado para completar la frase: "En 100 usuarios típicos que comienzan el año utilizando un método dado, el número de embarazos al final del año será ____".

Fuente: Contraceptive Technology, (Tecnología Anticonceptiva), Edición 13ava Revisada, p. 102.

Tabla 3: MORTALIDAD ASOCIADA CON El USO DE ANTICONCEPTIVOS EN PAISES DESAFROLLADOS Y PAISES EN DESARROLLO

Método y condición del usuario	No. de embarazos	No. de muertes maternas	No. de muertes relacionados con el método
	(por cada 100,000 mujeres fértiles en riesgo*)		
PAISES DESARROLLADOS			
Ningún método			
Menos de 35	60,000	12	0
35 y mayor	40,000	22	0
Anticonceptivos orales			
No fumadora menor de 35	3,000	0.6	1
Fumadora menor de 35	3,000	0.6	10
No fumadora mayor de 35	2,000	1.1	15
Fumador mayor de 35	2,000	1.1	48
DIUs			
Menor de 35	5,000	1	1
Mayor de 35	3,000	1.8	2
Condones, diafragmas, etc.			
Menor de 35	14,000	2.8	0
Mayor de 35	7,000	5.6	0
PAISES EN DESARROLLO			
Ningún método			
Menor de 35	60,000	60	0
Mayor de 35	40,000	160	0
Anticonceptivos orales			
No fumadora menor de 35	12,000	12	1
Fumadora menor de 35	12,000	12	1
No fumadora de 35 y mayor	6,000	24	15
Fumadora de 36 o más	6,000	24	48
DIUs			
Menor de 35	8,000	8	2
35 y mayor	3,000	12	4
Condones, diafragmas, etc.			
Menor de 35	20,000	20	0
35 y mayor	10,000	40	0

*Las mujeres esterilizadas, lactando o sin menstruación no están incluídas.

Fuente: Tietze y Lewit, International Journal of Gynecology and Obstetrics (Diario Internacional de Ginecología y Obstetricia). 16:456, 1979.

TABLA 4: PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS SUPLIDOS POR LA AID

PRODUCTO	CAJA	COSTO/UNIDAD
ESPUMA ANTICONCEPTIVA		
EMKO	3 docenas	$17.04/docena
ANTICONCEPTIVO ORAL		
LO-FEMENAL 0.3 mg Norgestrel 0.03 mg Ethinol Ethinyl 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE AZUL DAMAS)	1200 ciclos al mes	$ .03/ciclo
OVRETTE (MINI PILDORA DE PROGESTERONA SOLA) .075 mg Norgestrel (EMPAQUE ROSADO DAMAS)	1200 ciclos 28 tabletas c/u	$ .13/ciclo
NORIDAY 1+50 FE 1.0 mg Norethindrone 0.05 mg Mestranol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 ciclos al mes	$ .27/ciclo
NORMINEST FE 0.5 Norethindrone 0.035 mg Ethinyl estradiol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 al mes	$ .27/ciclo
NORQUEST 1.0 mg Norethindrone 0.035 mg Ethinyl estradiol 75 mg Ferrous fumarate (EMPAQUE MERCADEO SOCIAL SOLAMENTE)	1200 ciclos al mes	$ .27/ciclo
DIU		
MODELO TCu 380A	200 unidades	$ .05/unidad

Tabla 4: página 2

PRODUCTO	CAJA	COSTO/UNIDAD
TABLETAS VAGINALES ESPUMANTES		
CONCEPTROL	4800 unidades	$ .095/unidad
CONDONES	6000 piezas	$4.24/100 piezas
49mm Coloreado (Sultan)		
49mm RAJA (rojo sólamente)		
52mm Coloreado Tahiuti		
52mm Coloreado (Sultan)		
52mm No Coloreado (Sultan)		
52mm Color Panther		
52mm Sin Color Panther		
52mm Coloreado, sin marca comercial (Hecho en E.U.A.)		
52mm No Coloreado, sin marca comercial (Hecho en E.U.A.)		
52mm Color Azul & Moneda Dorada ULTRA DELGADO		

CHARLA CORTA:

ESTRATEGIAS DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION PARA PROMOVER LA ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

ESTRATEGIAS DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION PARA PROMOVER LA ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La filosofía detras de los esfuerzos de Informacion, Educacion y Comunicación (IE&C) en apoyo a los servicios de planificacion familiar, es sencilla Las personas no necesariamente aceptan informacion y servicios porque estan allı Las actıvıdades de IE&C estan diseñadas para maximizar el uso de productos y servicıos de anticoncepcion seguros y eficaces ofrecidos a traves de buenos sistemas de entrega. Los esfuerzos de IE&C deben estimular la demanda de lo que los servıcios de planıficacıon familiar esperan proveer - y asegurar que la oferta iguale a la demanda de servicios

La comunicacıon puede definirse como el proceso de compartir información, ideas y actitudes. El termino compartir es importante, particularmente en el campo de los esfuerzos de IE&C en planificacion familiar Compartır ımplica que por lo menos dos personas estan vinculadas en la comunicacion y que la comunicación exitosa depende tanto del que la envıa como del que recibe la comunicacıon La retroalimentacion es un componente crucıal del proceso de comunicacion. Ayuda al que la envıa a determinar si la comunicacıon fue exitosa o no.

Hay dos formas principales de comunicar informacion sobre planificación familiar al público: comunicación de masas y comunicación cara a cara Un programa de planificacion familiar en una fábrica puede utilizar ambas formas. Al enlazar los esfuerzos en la fabrica a un programa nacional, las actividades de IE&C en la fábrica pueden utilizarse para reforzar el mensaje nacıonal o de gran escala. Pero, la comunicacion cara a cara será una vía principal abierta a los programas en las fábricas.

Planificando los esfuerzos de IE&C

Como lo implica el nombre IE&C, la intención de los mensajes y del material de planificación familiar es tanto educactivo como promocional. Hay una función de información, una función de educacion y un elemento de comunicación. Los clientes deben ser provistos d información sobre una gama de opciones anticonceptivas, ser educados sobre el uso de medidas anticonceptivas, y se les debe dar el poder de toma de decision respecto a los tipos de metodos anticonceptivos que escogen. Los servicios deben reflejar las necesidades anticonceptıvas de las personas.

Como una parte del programa de planificación familiar en la fábrica, las actividades de IE&C deben tener por lo menos cuatro objetivos, si han de incrementar la efectividad de los servicios anticonceptivos y los sistemas de distribución. Estas incluyen:

- aumentar el conocimiento de los empleados respecto a la planificación familiar;

- convencer a los empleados y sus cónyugues de los beneficios personales, y a la sociedad de la planificación familiar;

- motivar a los empleados a hacer elecciones informadas acerca de la planificación familiar y de como utilizar los métodos de planificación familiar correctamente; y

- cambiar las actitudes de los empleados respecto a la planificacion familiar y ayudarlos a convencer a otros de la importancia del uso de los métodos de planificacion familiar.

Las actividades de IE&C deben ser bien planificadas, deben comunicar los mensajes con claridad y ajustarse a un publico específico. Las siguientes secciones dan informacion basica acerca de como planificar los esfuerzos de IE&C, la selección de motivadores de IE&C para los programas en las fabricas, y el uso de grupos de enfoque para guiar el desarrollo de materiales y actividades de IE&C.

En casi todos los programas de planificacion familiar, una meta principal es lograr o promover cambios de comportamiento. Aun cuando hay considerable repetición entre estrategias de IE&C, hay por lo menos seis estrategias diferentes que han surgido durante los ultimos 25 años.

- uso de canales medicos y de comunicacion tradicionales incluyendo parteras tradicionales, medios de comunicacion populares, y redes médicas tradicionales;

- mercadeo social/creacion de demanda - o la aplicación de teorías y técnicas de mercadeo a innovaciones de planificacion familiar;

- educación de la población para informar a la juventud acerca de los asuntos de planificacion familiar;

- uso de medios de comunicacion de masas incluyendo la radio, la televisión, los diarios y otros medios escritos,

- integracion de la planificación familiar y de la planificación de la población con otros asuntos del desarrollo; y

- uso de incentivos y desincentivos incluyendo incentivos al que lo adopta y al que lo difunde, incentivos individuales y de grupo, e incentivos monetarios y no monetarios, entre otros.

Para nuestro propósito aquí, queremos examinar que se vincula en el proceso de mensajes y materiales de planificación de IE&C.

El Population Communications Service (PCS) del Programa de Información sobre Población de la Universidad de John Hopkins ha desarrollado una guía completa de planificación para las actividades de comunicación sobre población. A pesar de ser desarrollado pensando en programas de comunicaciones a nivel nacional, los elementos del proceso son apropiados para su aplicación en esfuerzos de IE&C en pequeña escala de programas en las fabricas.

Los elementos basicos del proceso de planificación de IE&C son:

1. Analisis
   - repasar público potencial
   - evaluar los programas de IE&C existentes, o si no hay ejemplos, mirar los esfuerzos de IE&C en otra parte para ver que se ha hecho en situaciones similares
   - identificar las potenciales instituciones colaboradas
   - evaluar los recursos de comunicación

2. Diseño
   - decidir los objetivos de los esfuerzos de IE&C
   - identificar los publicos
   - desarrollar los mensajes
   - seleccionar los medios de comunicación
   - planificar resfuerzo personal
   - preparar un plan de acción

3. Desarrollo, pruebas preliminares y revisión
   - desarrollar mensajes de planificación familiar
   - hacer pruebas preliminares con el público
   - completar los mensajes/materiales
   - hacer pruebas preliminares con el publico
   - revisar

4. Puesta en práctica
   - poner en práctica el plan de acción
   - supervisar los materiales y la acción
   - medir el impacto

5. Revisión y replanificación
   - analizar el impacto general
   - replanificar actividades futuras

6. Continuidad para el futuro
   - planificar la continuidad
   - hacer ajustes a las necesidades cambiantes del público

La guía enfatiza un número de principios básicos de comunicación:

1. cuente con el apoyo y la participación de los líderes locales y de los formuladores de políticas

2. consulte con una variedad de personas representativas de una amplia gama de disciplinas (médicos, personal de salud, etc.).

3. coordine con aquéllos que hacen la entrega de los servicios de planificacion familiar para reforzar la disponibilidad de servicios y comparta los recursos y las ideas.

4. separe los públicos y esté en contacto regular con cada grupo.

5. desarrolle mensajes compatibles con las creencias religiosas respecto a la planificación familiar, que enfatice los beneficios personales derivados de la planificación familiar y que atraigan y mantenga la atencion de los usuarios.

6. haga pruebas preliminares de los mensajes y material de apoyo de planificacion familiar con los publicos para los cuales están diseñados, y esté preparado a hacer cambios.

7. utilice multiples canales interpersonales para reforzar los mensajes y las estrategias de planificacion familiar.

8. informe y vincule a los proveedores de servicios de planificación familiar, en el uso activo de los materiales de IE&C

9. capacite sobre el uso de mensajes y materiales de planificación familiar.

10. supervise los resultados y haga correcciones, según sean necesarias, prestando estrecha atención al impacto sobre el público.

11. continúe el uso del material junto a la entrega de todo el servicio.

Al planificar las actividades de IE&C para apoyar un programa de planificacion familiar en la fabrica, tendra que tomarse una decision respecto a que metodos de comunicacion utilizar. Esta seleccion debe hacerse en base a la naturaleza del mensaje de planificacion familiar a comunicarse, las condiciones locales y las condiciones dentro de la empresa, los recursos disponibles y las caracteristicas del publico. Tres métodos de comunicacion de IE&C que deben considerarse son· enfoques individuales, enfoques en grupo y enfoques a través de los medios de comunicacion de masas.

179

Los enfoques individuales pueden consistir en contacto directo entre el motivador de planificacion familiar o el que provee los servicios y un empleado, durante las horas laborables o despues de la salida del trabajo El enfoque individual es muy efectivo para lograr la cooperación y la participacion de miembros especificos del publico objetivo para su aceptacion de la planificacion familiar. Un enfoque individual al IE&C ofrece confidencialidad a todos los usuarios de los servicios de planificacion familiar Pueden utilizarse materiales de IE&C sencillos en este tipo de contacto cara a cara.

En un **enfoque de grupo**, un motivador de planificacion familiar puede alcanzar un gran numero de personas con su mensaje de planificación familiar, puede utilizar demonstraciones en grupo para explicar como usar un metodo de planificacion familiar en particular, y puede contestar preguntas respecto a los metodos anticonceptivos

Los **métodos de comunicación de masas**, particularmente utiles en los entornos de fabricas, son afiches, materiales impresos y medios de comunicacion popular, tales como canciones y representaciones teatrales. Las actividades de comunicacion a mayor escala pueden ayudar a los empleados a aprender acerca de la planificacion familiar en forma no amenazante y entretenida También es importante utilizar los medios de comunicacion de masas para aumentar el apoyo social y la legitimacion de la planificación familiar, especialmente en lo que se refiere a testimonios de usuarios satisfechos, oficiales respetados y de la administracion de la empresa

Sin importar cuales metodos de IE&C se utilicen, su exito, y el exito de los servicios de planificacion familiar que se ofrecen, dependen en gran medida del uso de un enfoque participatorio en el desarrollo y diseminacion de la comunicacion sobre planificacion familiar. Al planificar el componente de IE&C para un programa en una fábrica, uno debe recordar que:

- los empleados son el recurso más importante para el desarrollo del programa. Su apoyo y participación activa determinarán la medida del éxito del programa.

- los empleados deben estar vinculados en la toma de decisiones respecto a los programas diseñados para afectar sus vidas. Deben ser vistos como socios en vez de objetivos en las actividades de IE&C.

- los empleados deben estar activamente vinculados en la creación de materiales de IE&C y en llevar a cabo las actividades de IE&C. La motivacion creada por nuestros compañeros es frecuentemente más fuerte que la creada por nuestros superiores.

- pueden ya existir recursos de IE&C en el entorno inmediato. Aquellos a cargo de los servicios en las fábricas deben averiguar que se ha producido ya, cuan efectivo es para comunicar el mensaje de planificación familiar, y hacer averiguaciones respecto a utilizar el material en su programa.

Seleccionando y capacitando motivadores de personal

Además de desarrollar estrategias y materiales de IE&C, debe prestarse atención a la seleccion y capacitación del personal que hará el trabajo de promoción en el lugar entre empleados y sus familias. El siguiente material adaptado de Population Welfare Education for Workers: A Resource Book for Trainers (OIT, Bangkok, 1980) presenta directrices para la selección y capacitacion de motivadores trabajadores voluntarios y listas de comprobacion respecto a las cualidades de un comunicador.

Empleados motivadores voluntarios

Los empleados motivadores voluntarios son muchas veces partes indispensables de los servicios de planificación familiar en las compañías y de los esfuerzos de IE&C. Los motivadores, trabajadores, ellos mismos, pueden proveer el estrecho contacto de persona a persona con sus compañeros. Esto es necesario para persuadir a muchos trabajadores de la necesidad de tener una familia pequeña y luego adoptar un metodo de planificacion familiar. Ya que pertenecen a la comunidad específica, los empleados motivadores voluntarios son parte de su sistema interno de comunicaciones. Estos compañeros motivadores pueden diseminar mensajes de planificacion familiar informal y personalmente entre sus colegas durante las horas laborables, durante los recesos, en el camino a casa, o en las viviendas de empleados

La tarea de un empleado motivador voluntario es especializada, que requiere talentos especiales de comunicacion personal. Esta tarea puede incluir visitas a las casas de sus compañeros, hacerlos sentir relajados, llevar la conversacion hacia asuntos de bienestar familiar y estimular al cambio de comportamiento que puede ser diferente de las creencias y practicas tradicionales en el area, lo que generalmente se considera muy personal.

Una cualidad que afectara el exito de un motivador voluntario es su entusiasmo. Un alto nivel de motivacion y de conciencia social por su parte es de suma importancia Los empleados motivadores voluntarios deben generalmente ser buscados entre aquellos que son populares y que pueden tener buenas relaciones con sus compañeros Otra característica importante es que deben ser de la misma edad, sexo y educación que aquellos a quienes se busca motivar. Deben poder relacionarse con los otros en plano de igualdad, no como superiores, y deben poder comprender los problemas de sus compañeros trabajadores

La experiencia ha demostrado que para que un programa de motivadores trabajadores voluntarios sea un éxito, podría ser util implementar algun sistema de incentivo. Obviamente, no se puede esperar que ningun voluntario ejecute un programa a su propio costo financiero. Puede, por lo tanto, que sea necesario poner a su disposicion algo de dinero para gastos menores. En algunos casos, se han ofrecido incentivos financieros adicionales a motivadores, y en otras partes han sido suficientes premios al merito En otros programas, se han ofrecido giras de estudio e incentivos de viajes En resumen, el entusiasmo y un alto grado de motivación cuando son reforzados con algun sistema de incentivos, pueden producir resultados altamente satisfactorios. Sin un esquema de incentivos, es probable que el entusiasmo se debilite con el tiempo.

Cualidades de un comunicador

Para que un comunicador sea efectivo, debe ser un miembro reconocido y aceptado de la comunidad a ser servida por el programa en la fábrica. Debe tener una personalidad que le permita identificarse no solamente con sus compañeros de trabajo, sino también con miembros individuales en plano de igualdad.

La comunicación no tiene significado a menos que el comunicador establezca un proceso en ambas direcciones. Es muy importante que el comunicador se considere a sí mismo miembro del grupo. En vez de enseñar, intercambiara ideas; en vez de dar catedras, discutira, en vez de predicar, iniciara el debate Es importante que el comunicador sea no solamente conocedor de su mensaje, sino que también sea capaz de contrarrestar, en forma positiva, los argumentos presentados por sus oponentes. De hecho, es mas probable que logre más convertidos contrarrestando exitosamente los argumentos de otros que al presentar su propio mensaje ya preparado Esto se aplica en igual forma a su habilidad de participar en las sesiones de discusion de ambas partes, así como en conversaciones individuales cara a cara con sus compañeros de trabajo.

El conocimiento no puede ni debe ser traido a la fuerza al grupo ya que sólo un intercambio de ideas y puntos de vista puede traer convicción.

La principal tarea del comunicador es ayudar a cada trabajador a estar conciente de su potencial creativo y a comprender que puede mejorar su entorno y a sí mismo(a). Cada hombre y cada mujer tiene habilidad creativa, conocimientos y experiencias de valor necesarias para el desarrollo de sí mismo/a y de la sociedad en general.

Hay tres etapas en el desarrollo de un buen comunicador en el contexto de las actividades de promoción de IE&C. En la primera etapa, el motivador se libera de los puntos de vista y de los prejuicios preconcebidos. La segunda etapa tiene que ver con ser sensitivo al grupo y escuchar los puntos de vista y las ideas de otros. En la tercera etapa, el motivador comienza a llevar a cabo tareas que le han sido asignadas como agente de cambio, habiendo analizado los pensamientos de otros.

ESTUDIO DE CASOS:

Caso 1:

Desarrollando materiales genéricos de IE&C

Caso 2:

Música popular y responsabilidad social

Caso 3:

Atrayendo a usuarios a largo plazo a medidas anticonceptivas temporales

DESARROLLANDO MATERIALES GENERICOS

Muchos de los materiales educativos (afiches, panfletos) que promueven la planificación familiar, estan diseñados para ser utilizados en varios países por miembros de diferentes grupos culturales. Mientras esta estrategia puede reducir el costo del desarrollo de los materiales, tambien puede reducir la efectividad de los mismos; los mensajes diseñados dentro del contexto de una cultura pueden no ser comprendidos dentro del contexto de otra cultura En un proyecto en marcha, el personal tecnico y los administradores del sector privado y el personal clinico descubrieron que el material educativo disponible en Kenya era inadecuado y, en algunos casos, inapropiado para la poblacion objetivo de los servicios El problema parecia particularmente agudo en areas rurales, donde los dibujos abstractos y los mensajes generalizados ("Una familia pequeña es una familia feliz") desarrollados para poblaciones urbanas, frecuentemente no eran comprendidos por un amplio segmento de la poblacion rural.

Para encarar este asunto, se obtuvieron fondos provistos por una organizacion privada voluntaria para desarrollar nuevos materiales El primer paso en este proceso fue desarrollar mensajes culturalmente apropiados. Esto se logro organizando un seminario para representantes de organizaciones que proveen servicios de planificacion familiar en Kenya. El segundo paso fue seleccionar artistas para crear los dibujos que servirian de base para los afiches sobre planificacion familiar Artistas Kenyanos y residentes en Kenya fueron invitados a someter muestras de su trabajo. Basado en estas muestras, quince artistas locales fueron invitados a asistir en un seminario de un día. Se les informo acerca de la situacion poblacional en Kenya y de las politicas y programas de poblacion, asi como de la relacion entre planificacion familiar y otros asuntos de desarrollo. Revisaron las caracteristicas de las personas que mirarian el trabajo, asi como material educativo disponible sobre planificación. Los artistas tambien revisaron, y en algunos casos modificaron, los mensajes de planificación familiar y desarrollo que se elaboraron en el primer seminario.

Casi al final del seminario, a los artistas se les dio material y se les pidio que prepararan ideas y bosquejos. Estos fueron discutidos y se sugirieron alternativas. Dos semanas mas tarde se llevó a efecto un segundo taller. En el interim los artistas habian preparado mas de 60 afiches y pinturas que fueron exhibidos, discutidos y modificados. Estos afiches y pinturas fueron entonces llevados a ocho lugares diferentes de planificación familiar del sector privado para hacer pruebas preliminares. El proceso de pruebas preliminares fue diseñado para proveer respuestas a las siguientes preguntas:

1. Claridad del contenido del afiche: ¿Hasta qué punto el publico objetivo comprende el tema y el mensaje?

2 Relevancia del tema y del mensaje: ¿Trata el afiche de un asunto relacionado con las necesidades, problemas e intereses individuales de la comunidad?

3. Aceptabilidad del entorno cultural: ¿Tenía alguna parte del afiche descripciones de asuntos o palabras que probablemente fueran ofensivas, inaceptables o no verídicas?

4. Atractivo: ¿Le gustó o disgustó al público el afiche; pensaron que se necesitaba algún cambio?

Basado en los resultados de la prueba preliminar, varios de los trabajos artísticos han sido convertidos en afiches educativos/de promoción de planificación familiar, que han sido distribuídos tanto a clínicas de planificación familiar del sector privado como público en todo Kenya.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Qué mensajes de planificación familiar serían aceptables en el área donde está situada su empresa? ¿Qué tipos de mensajes serían inaceptables?

2. ¿Está usted conciente de recursos locales que podrían ser utilizados para ayudar a promover las actividades de planificación familiar en su empresa?

3. ¿Qué formas de arte son preponderantes en su área?: ¿pintura?, ¿drama?, ¿música?

4. ¿Está usted conciente de la existencia de materiales de promoción que han sido desarrollados por las agencias de planificación familiar del sector publico en su área? ¿Son estos materiales apropiados para el uso de su compañía y sabe usted qué hacer para conseguirlos?

MUSICA POPULAR Y RESPONSABILIDAD SOCIAL*

Como en otras partes del mundo, la mayoría de los países de America Latina están experimentando altos y contínuos aumentos en las tasas de embarazo de adolescentes. Estas tasas son preocupantes por un numero de razones: los niños nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener problemas de salud y de desarrollo; el embarazo es mas peligroso para las adolescentes que para las mujeres de mas de veinte años, el embarazo prematuro limita severamente las opciones de educacion de la adolescente; las adolescentes tienen menos probabilidades de tener recursos financieros para el cuidado de la criatura, y, muchos de los nacimientos ocurren sin el apoyo de una relacion estable.

Hay muchas explicaciones de la alta tasa de embarazos de adolescentes. Una teoría es que los medios de comunicacion (radio, televisión, revistas, diarios, anuncios) promueven la actividad sexual temprana en formas sutiles o no, pero no dan los mensajes correspondientes de responsabilidad sexual. Esta inquietud esta siendo enfrentada por actividades innovadoras llevadas a cabo por el Population Communications Services (PCS) [Servicios de Comunicacion de Población] y una compañia de mercadeo Mexicana llamada Fuentes y Fomento Intercontinentales (FFI) PCS y FFI han desarrollado y empacado una campaña de medios multiples de musica "pop" alrededor del concepto de "amor responsable" que está recibiendo significativa atencion en 11 países de America Latina.

El paquete incluye un disco de 45 rpm de dos melodías "pop" que estimulan a los jóvenes a ser sexualmente responsables, un video musical para cada canción, dos comerciales de televisión para cada canción, dos comerciales de radio para cada canción, un afiche grande, y un paquete de prensa que incluye fotografías, diapositivas a colores, arreglos musicales impresos, y un comunicado de prensa. El paquete ha sido provisto a radiodifusoras, televisoras, diarios y revistas en toda la region. El lanzamiento del proyecto estuvo acompañado de conferencias de prensa, visitas de los musicos a las estaciones de radio y de televisión, regalos de discos, y boletines de prensa mensuales. Una indicación del éxito del proyecto es que las canciones están siendo difundidas extensamente por los medios porque son populares entre la juventud que escucha las estaciones de radio.

*Fuente: "The Power of Popular Music" (El poder de la música popular), People 13 (2), 11-12, 1986.

Una clave del éxito del proyecto fue contar con la participacion de dos cantantes que eran populares, estaban disponibles, e interesados en el proyecto. Despues de un largo proceso de búsqueda, se identificaron dos cantantes muy populares entre los jóvenes de toda la región y que tenían el tipo correcto de imagen para promover un mensaje de responsabilidad social Despues que los artistas fueron identificados, se compuso la música y la letra y se produjeron las canciones, videos, comerciales de televisión, y material de apoyo de mercadeo.

A pesar de ser una empresa grande y compleja, el proyecto es efectivo en cuanto a costos, ya que provee un producto que es atractivo al mercado potencial (adolescentes) y por lo tanto recibe atencion y tiempo gratis en el aire que no recibiria un mensaje presentado de manera menos atractiva Los ejecutadores del programa apuntan hacia las siguientes lecciones que pueden aprenderse de este proyecto: escoja el medio mas apropiado para llegar a su publico objetivo; utilice los mejores recursos humanos y materiales disponibles para lograr un producto de alta calidad; un producto de alta calidad atraera la atencion y el apoyo del sector comercial que asumirá el costo y dara una mas amplia distribucion a los mensajes de responsabilidad social; utilice un medio que tenga la mayor audiencia posible para lograr abarcar al mayor grupo posible con el mismo costo.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Cual es la principal función del proyecto descrito en este estudio de caso?

2. ¿De que forma pueden las lecciones aprendidas de este proyecto a gran escala ser adaptadas a una estrategia de IE&C para su compañía?

3. ¿Qué recursos para materiales de motivación existen en su area? ¿ Cómo podria usted identificarlos y utilizarlos?

ATRAYENDO USUARIOS A LARGO PLAZO PARA MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS TEMPORALES*

La Nepal CRS Company Pvt. Ltd distribuye varios tipos de condones, espumas anticonceptivas, tabletas espumosas, y píldoras anticonceptivas orales, utilizando un sistema de tiendas al detalle Desde su formacion en 1978, la compañia ha establecido y apoyado una red que incluye mas del 80 por ciento de las tiendas al detalle en el país. El sistema de distribucion ha sido particularmente efectivo, las tiendas estan continuamente abastecidas. La Nepal CRS Company tambien ha desarrollado campañas de comunicacion y de propaganda para estimular el conocimiento de los productos CRS.

A pesar de sus exitos en distribucion, la CRS Company no tiene particular exito atrayendo a usuarios a largo plazo de metodos temporales; las altas tasas de abandono para la mayoría de los metodos son particularmente preocupantes. La administracion de la compañia se dio cuenta de que el programa no podía continuar operando efectivamente sin informacion acerca de las actitudes del consumidor hacia su línea de productos, las caracteristicas de sus productos, estrategias de mercadeo, y estrategias publicitarias. Se sugirieron varias alternativas para obtener esta información, incluyendo encuestas de usuarios actuales, encuestas de usuarios potenciales, entrevistas de uno a uno con actuales y/o potenciales usuarios, y entrevistas con dueños de tiendas al detalle.

Un consultor de mercadeo contratado por la firma recomendo que se condujera una serie de grupos de foco. Un grupo de foco es una técnica cualitativa de investigacion de mercado, que es uno de los métodos mas poderosos de acopiar informacion util y oportuna sobre las actitudes del consumidor. Esencialmente, es una entrevista de grupo compuesto por 6 a 8 individuos de un segmento objetivo de consumidores, tales como madres jovenes, hombres de la comunidad, o líderes de la comunidad medica. Se preparan con antelacion preguntas para discusión respecto al topico de interes y el grupo es dirigido por un moderador experimentado que lo ayuda a mantenerse "enfocado" sobre el tema mientras lo investiga con preguntas orientadas hacia el tema. Un líder de grupo habil puede extraer mucha informacion del grupo. Típicamente, un grupo foco se reune por una o dos horas en un lugar conveniente y confortable. Lo transcurrido se registra por medio de dos métodos: notas manuscritas de un observador y grabaciones de cinta magnetofónica.

***NOTA AL CAPACITADOR: Aun cuando este caso no es un programa de planificación familiar en una fábrica, los métodos de investigación utilizados por esta compañía distribuidora podrían ser apropiados para dar forma a las actividades de IE&C en programas en fábricas.**

Bajo la dirección de un consultor, se capacitó a varios individuos para conducir grupos foco. Debido a la sensitiva naturaleza del tópico de discusión, se entrenaron líderes de grupos de mujeres para conducir grupos foco con mujeres y se entrenaron hombres para conducir grupos foco con hombres. Los siguientes resultaron fueron notados de la primera serie de grupos foco que se celebró en varios grupos diferentes de hombres de la comunidad:

1. Todos los participantes vacilaban en discutir el tema.

2. En general, los participantes igualaron la planificacion familiar con la esterilización y más o menos la mitad del grupo de participantes no tenía conocimiento de los métodos anticonceptivos temporales.

3. La mayoría de los participantes sabía del concepto de planificación familiar y de restricción del tamaño de la familia.

4. Varios participantes dijeron que el momento correcto para preocuparse de la planificación familiar era después que la familia había tenido todos los hijos que quería. Entonces, la esterilizacion (masculina o femenina) se consideraba apropiada. Había una falta general de interés en la planificación familiar por parte de las parejas jovenes.

5. Más o menos la mitad de los participantes había oído de la marca principal de condones de la CRS Company, pero sólo unos pocos informaron haberlos utilizado.

6. Ninguno de los participantes dijo hacer uso regular de métodos anticonceptivos temporales.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿De qué forma podría su compañía utilizar grupos foco para promover el uso de anticonceptivos?

2. ¿De qué forma podría utilizarse la información obtenida durante la primera serie de entrevistas para tomar decisiones pragmaticas/administrativas respecto a programas de IE&C?

3. Si se utilizara una metodología de investigación diferente (tal como encuestas), ¿Se obtendría un tipo diferente de información?

DESARROLLANDO MATERIALES GENERICOS

Muchos de los materiales educativos (afiches, panfletos) que promueven la planificación familiar están diseñados para ser utilizados en varios países por miembros de diferentes grupos culturales. Mientras esta estrategia puede reducir el costo del desarrollo de los materiales, también puede reducir la efectividad de los mismos; mensajes diseñados dentro del contexto de una cultura pueden no ser comprendidos dentro del contexto de otra cultura. En un proyecto en marcha, el personal tecnico y los administradores del sector privado y el personal clínico, descubrieron que el material educativo disponible en Kenya era inadecuado y, en algunos casos, inapropiado para la poblacion objetivo de los servicios. El problema parecía particularmente agudo en areas rurales, donde los dibujos abstractos y los mensajes generalizados ("Una familia pequeña es una familia feliz") desarrollados para poblaciones urbanas, frecuentemente no eran comprendidos por un amplio segmento de la poblacion rural.

Para encarar este asunto, se obtuvieron fondos provistos por una organización privada voluntaria para desarrollar nuevos materiales El primer paso en este proceso fue desarrollar mensajes culturalmente apropiados. Esto se logró organizando un seminario para representantes de organizaciones que proveen servicios de planificacion familiar en Kenya El segundo paso fue seleccionar artistas para crear los dibujos que servirían de base para los afiches sobre planificación familiar. Artistas Kenyanos y residentes en Kenya fueron invitados a someter muestras de su trabajo Basado en estas muestras, quince artistas locales fueron invitados a asistir a un seminario de un día. Se les informo acerca de la situacion poblacional en Kenya y de las políticas y programas de poblacion, así como de la relación entre planificacion familiar y otros asuntos de desarrollo. Revisaron las características de las personas que mirarían el trabajo así como material educativo disponible sobre planificación. Los artistas tambien revisaron y en algunos casos modificaron los mensajes de planificación familiar y desarrollo que se elaboraron en el primer seminario.

Casi al final del seminario, a los artistas se les dió material y se les pidió que prepararan ideas y bosquejos. Estos fueron discutidos y se sugirieron alternativas. Dos semanas más tarde se llevó a efecto un segundo taller. En el interim los artistas habían preparado mas de 60 afiches y pinturas que fueron exhibidos, discutidos y modificados. Estos afiches y pinturas fueron entonces llevados a ocho lugares diferentes de planificación familiar del sector privado para haçer pruebas preliminares. El proceso de pruebas preliminares fue diseñado para proveer respuestas a las siguientes preguntas:

1. Claridad del contenido del afiche: ¿Hasta qué punto el público objetivo comprende el tema y el mensaje?

2. Relevancia del tema y del mensaje: ¿Trata el afiche de un asunto relacionado con las necesidades, problemas e intereses individuales de la comunidad?

3. Aceptabilidad del entorno cultural: ¿Tenía alguna parte del afiche descripciones de asuntos o palabras que probablemente fueran ofensivas, inaceptables o no verídicas?

4. Atractivo: ¿Le gustó o disgustó al público el afiche; pensaron que se necesitaba algún cambio?

Basado en los resultados de la prueba preliminar, varios de los trabajos artísticos han sido convertidos en afiches educativos/de promoción de planificación familiar, que han sido distribuídos tanto a clínicas de planificación familiar del sector privado como publico en todo Kenya.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Qué mensajes de planificación familiar serían aceptables en el área donde está situada su empresa? ¿Qué tipos de mensajes serían inaceptables?

2. ¿Está usted conciente de recursos locales que podrían ser utilizados para ayudar a promover las actividades de planificación familiar en su empresa?

3. ¿Qué formas de arte son preponderantes en su área?: ¿pintura?, ¿drama?, ¿música?

4. ¿Está usted conciente de la existencia de materiales de promoción que han sido desarrollados por las agencias de planificación familiar del sector publico en su area? ¿Son estos materiales apropiados para el uso de su compañía y sabe usted que hacer para conseguirlos?

MUSICA POPULAR Y RESPONSABILIDAD SOCIAL*

Como en otras partes del mundo, la mayoría de los países de América Latina están experimentando altos y contínuos aumentos en las tasas de embarazo de adolescentes. Estas tasas son preocupantes por un numero de razones: los niños nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener problemas de salud y de desarrollo; el embarazo es mas peligroso para las adolescentes que para las mujeres de mas de veinte años, el embarazo prematuro limita severamente las opciones de educacion de la adolescente; las adolescentes tienen menos probabilidades de tener recursos financieros para el cuidado de la criatura; y, muchos de los nacimientos ocurren sin el apoyo de una relación estable.

Hay muchas explicaciones de la alta tasa de embarazos de adolescentes. Una teoría es que los medios de comunicacion (radio, televisión, revistas, diarios, anuncios) promueven la actividad sexual temprana en formas sutiles o no, pero no dan los mensajes correspondientes de responsabilidad sexual. Esta inquietud esta siendo enfrentada por actividades innovadoras llevadas a cabo por el Population Communications Services (PCS) [Servicios de Comunicacion de Población] y una compañia de mercadeo Mexicana llamada Fuentes y Fomento Intercontinentales (FFI) PCS y FFI han desarrollado y empacado una campaña de medios multiples de musica "pop" alrededor del concepto de "amor responsable" que esta recibiendo significativa atención en 11 paises de America Latina.

El paquete incluye un disco de 45 rpm de dos melodías "pop" que instan a los jóvenes a ser sexualmente responsables, un video musical para cada canción, dos comerciales de televisión para cada cancion, dos comerciales de radio para cada canción, un afiche grande, y un paquete de prensa que incluye fotografías, diapositivas a colores, arreglos musicales impresos, y un comunicado de prensa. El paquete ha sido provisto a radiodifusoras, televisoras, diarios y revistas en toda la región. El lanzamiento del proyecto estuvo acompañado de conferencias de prensa, visitas de los musicos a las estaciones de radio y de televisión, regalos de discos, y boletines de prensa mensuales. Una indicación del exito del proyecto es que las canciones están siendo difundidas extensamente por los medios porque son populares entre la juventud que escucha las estaciones de radio.

*Fuente: "The Power of Popular Music" (El poder de la música popular), People 13 (2), 11-12, 1986.

Una clave del éxito del proyecto fue contar con la participación de dos cantantes que eran populares, estaban disponibles, e interesados en el proyecto. Después de un largo proceso de busqueda, se identificaron dos cantantes muy populares con los jovenes de toda la region y que tenían el tipo correcto de imagen para promover un mensaje de responsabilidad social. Después que los artistas fueron identificados, se compusó la musica y la letra y se produjeron las canciones, videos, comerciales de television, y material de apoyo de mercadeo.

A pesar de ser una empresa grande y compleja, el proyecto es efectivo en cuanto a costos ya que provee un producto que es atractivo al mercado potencial (adolescentes) y por lo tanto recibe atención y tiempo gratis en el aire que no recibiría un mensaje presentado de manera menos atractiva Los ejecutadores del programa apuntan hacia las siguientes lecciones que pueden aprenderse de este proyecto: escoja el medio mas apropiado para llegar a su publico objetivo; utilice los mejores recursos humanos y materiales disponibles para lograr un producto de alta calidad; un producto de alta calidad atraerá la atencion y el apoyo del sector comercial, que asumira el costo y dara una mas amplia distribución a los mensajes de responsabilidad social; utilice un medio que tenga la mayor audiencia posible para lograr abarcar al mayor grupo posible con el mismo costo.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿Cuál es la principal función del proyecto descrito en este estudio de caso?

2. ¿De qué forma pueden las lecciones aprendidas de este proyecto a gran escala ser adaptadas a una estrategia de IE&C para su compañía?

3. ¿Qué recursos para materiales de motivación existen en su área? ¿Cómo podría usted identificarlos y utilizarlos?

ATRAYENDO USUARIOS A LARGO PLAZO PARA MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS TEMPORALES*

La Nepal CRS Company Pvt. Ltd. distribuye varios tipos de condones, espumas anticonceptivas, tabletas espumosas, y píldoras anticonceptivas orales utilizando un sistema de tiendas al detalle. Desde su formacion en 1978, la compañía ha establecido y apoyado una red que incluye mas del 80 por ciento de las tiendas al detalle en el país. El sistema de distribucion ha sido particularmente efectivo, las tiendas estan continuamente abastecídas La Nepal CRS Company también ha desarrollado campañas de comunicacion y de propaganda para estimular el conocimiento de los productos CRS.

A pesar de sus exitos en distribucion, la CRS Company no tiene particular exito atrayendo a usuarios a largo plazo de metodos temporales, las altas tasas de abandono para la mayoría de los metodos son particularmente preocupantes La administracion de la compañía se dió cuenta de que el programa no podía continuar operando efectivamente sin información acerca de las actitudes del consumidor hacia su linea de productos, las caracteristicas de sus productos, estrategias de mercadeo, y estrategias publicitarias. Se sugirieron varias alternativas para obtener esta informacion, incluyendo encuestas de usuarios actuales, encuestas de usuarios potenciales, entrevistas de uno a uno con actuales y/o potenciales usuarios, y entrevistas con dueños de tiendas al detalle.

Un consultor de mercadeo contratado por la firma recomendó que se llevara a cabo una serie de grupos de foco. Un grupo de foco es una técnica cualitativa de investigacion de mercado que es uno de los métodos mas poderosos de acopiar informacion util y oportuna sobre las actitudes del cosumidor Esencialmente, es una entrevista de grupo compuesto por 6 a 8 individuos de un segmento objetivo de consumidores, tales como jovenes madres, hombres de la comunidad, o líderes de la comunidad medica Se preparan con antelacion preguntas para discusión respecto al topico de interes y el grupo es dirigido por un moderador experimentado que ayuda al grupo a mantenerse "enfocado" sobre el tema mientras lo investiga con preguntas orientadas hacia el tema. Un líder de grupo habil puede extraer mucha información del grupo. Típicamente, un grupo foco se reune por una o dos horas en un lugar conveniente y confortable. Lo transcurrido se registra por medio de dos metodos: notas manuscritas de un observador y grabaciones de cinta magnetofonica.

Bajo la dirección de un consultor, se capacito a varios individuos para conducir grupos foco. Debido a la sensitiva naturaleza del tópico de discusión, se entrenaron líderes de grupo mujeres para conducir grupos foco con mujeres y se entrenaron hombres para conducir grupos foco con hombres. Los siguientes resultaron fueron notados de la primera serie de grupos foco que se llevó a cabo en varios grupos diferentes de hombres de la comunidad:

1. Todos los participantes vacilaban en discutir el tema.

2. En general, los participantes igualaron la planificación familiar con la esterilización y más o menos la mitad del grupo de participantes no tenía conocimiento de los métodos anticonceptivos temporales.

3. La mayoría de los participantes sabía del concepto de planificación familiar y de restricción del tamaño de la familia.

4. Varios participantes dijeron que el momento correcto para preocuparse de la planificación familiar era después que la familia había tenido todos los hijos que quería. Entonces, la esterilización (masculina o femenina) se consideraba apropiada. Había una falta general de interés en la planificacion familiar por parte de las parejas jóvenes.

5. Más o menos la mitad de los participantes había oído de la marca principal de condones de la CRS Company, pero sólo unos pocos informaron haberlos utilizado.

6. Ninguno de los participantes dijo hacer uso regular de métodos anticonceptivos temporales.

PREGUNTAS PARA DISCUSION:

1. ¿De qué forma podría su compañía utilizar grupos foco para promover el uso de anticonceptivos?

2. ¿De qué forma podría utilizarse la información obtenida durante la primera serie de entrevistas para tomar decisiones pragmáticas/administrativas respecto a programas de IE&C?

3. Si se utilizara una metodología de investigación diferente (tal como encuestas), ¿Se obtendría un tipo diferente de información?

EVALUACION

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION V

A cada participante se le pide que piense acerca de los materiales de IE&C mostrados durante todo el taller, y que decida que tipo de material podria ser más apropiado para su empresa. Al participante se le pide que escriba los objetivos para los cuales se utilizará el material, como y quien lo utilizara. Se les pide a los participantes que informen sobre lo que han escrito. El capacitador entonces dirige una discusión sobre donde se podrían ubicar materiales adicionales y las implicaciones de costo que cada empresa tendría para producir su propio material.

La efectividad de esta sección puede juzgarse si o no:

- cada participante puede señalar un objetivo razonable para el material escogido;
- un comunicador apropiado (persona) para utilizarlo; y
- un momento y forma apropiados para utilizarlo.

Tiempo: 20 minutos

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION V

1. Por favor, piense acerca de los materiales de IE&C mostrados en la sala y escoja dos tipos de materiales que usted considere serían de mayor utilidad para apoyar el esfuerzo de planificación familiar que usted planifica organizar en su empresa.

2. Diga cuales son los objetivos que estos materiales han de lograr, como se han de utilizar estos materiales, quienes utilizarán los materiales, y cuando serán utilizados.

REFERENCIAS

Como utilizar los materiales de referencia para esta sección

Se enlista aquí una cantidad de documentos que pueden ser de utilidad para los capacitadores en sus preparativos para talleres, y para los participantes como material de referencia adicional sobre los tópicos presentados en esta sección del manual. A pesar de que todos los artículos son utiles, los siguientes dan importante información adicional sobre la tecnología del anticonceptivo y la promoción de servicios de planificacion familiar a través de las actividades de Información, Educación y Comunicación.

Tecnología del anticonceptivo

Centers for Disease Control. Family Planning Methods and Practice: Africa. ("Section II: What You Need to Know to Use Effectively," y "Section III: Contraceptive Technology"). Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983.

La Sección II de este libro presente un cuadro general sencillo y breve de la fisiología de la menstruación, el embarazo y los criterios generales de la toma de decisiones para escoger un anticonceptivo. Se presentan y se contestan las preguntas más comunes, y el capítulo sobre elección de anticonceptivo es lógico y sencillo.

La Sección III de este libro presenta cada uno de los métodos comunes de anticoncepción, y da un rápido repaso de los diferentes métodos. Se presentan los beneficios y los efectos secundarios de cada uno, generalmente en forma resumida.

Hatcher, et al. Contraceptive Technology 1986-1987. 13ra. Edición. Nueva York, Irving Publishers, 1986.

Este libro ha servido como referencia estándar sobre métodos de planificación familiar en los Estados Unidos por muchos años. Contiene capítulos sobre la mayoría de los elementos de un programa de planificación familiar e información detallada sobre cada método anticonceptivo. Este libro da un historial a nivel de expertos, acerca de los métodos anticonceptivos en mucho más detalle que el libro mencionado más arriba, y con lenguaje mas técnico.

Population Information Program. "Oral Contraceptives in the 1980s." Population Reports, Number 6, Series A, 1982. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.

Esta edición discute los anticonceptivos orales y contiene secciones sobre las tasas de uso en diferentes países, y la fisiología de los fármacos utilizados, sus efectos secundarios, y otros riesgos y beneficios.

200

_____. "Update on Condoms -- Products, Protection, Promotion." Population Reports, Number 6, Series A, 1982. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.

Esta edición discute uno de los métodos anticonceptivos más fáciles seguros y más efectivos, que tiene el beneficio adicional de prevenir la transmisión de varias enfermedades. Hay secciones sobre efectividad, protección contra enfermedades, instrucciones sencillas para el uso, distribución, investigacion de mercado y promoción, manufactura y control de calidad.

_____. "After Contraception: Dispelling Rumors About Later Childbearing." Population Reports, Number 28, Series J, 1984. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins Information Program, Johns Hopkins University.

Esta edición observa el efecto de los métodos anticonceptivos modernos sobre el embarazo a edad mayor. Los anticonceptivos orales, los inyectables, condones, espermicidas y DIUs son todos métodos temporales respecto a lo cual se han desarrollado mitos. Esta edicion examina la investigación sobre metodos anticonceptivos y la fertilidad y presenta sugerencias sobre como evitar complicaciones que pueden ser causa de infertilidad. Una discusión sobre la causas de la infertilidad se presenta en una seccion sobre como controlar los rumores.

Porter, C.W., Waife, R.S. y H.R. Holtrop. The Health Providers' Guide to Contraception (Edición Internacional). Chestnut Hill, Massachusetts: The Pathfinder Fund, 1983.

Este libro es una presentación completa de todos los aspectos de la anticoncepcion no quirúrgica -- consejos y educacion, metodos anticonceptivos, y problemas de salud afines. El libro ha provisto la base para directrices clínicas para cientos de proyectos en todo el mundo. La utilidad del libro es aumentada por dibujos, cuadros y gráficas que ayudan a explicar el contenido técnico.

Información, Educación y Comunicación

Centers for Disease Control. Family Planning Methods and Practice: Africa. (Section IV· Providing Family Planning Services) Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983.

Esta sección del libro tiene cuatro capítulos que se concentran en los asuntos diarios, tanto humanos como logísticos, de la oferta de servicios de planificacion familiar. De interes para los capacitadores y para los participantes, son los capítulos sobre la administracion de la interaccion entre los clientes y el personal, la integracion de la planificación familiar a otros servicios de salud, y mantener la planificación familiar voluntaria. Cada capítulo es corto y escrito con sencillez, y da una visión rápida de estos temas.

Elkamel, F. Developing Communication Strategies and Programs: A Systematic Approach. Cairo, Egipto: The Center for Development Communication, 1986.

Este manual es una guía para la planificación y ejecución de comunicaciones y programas de mercadeo social. Ofrece un enfoque lógico, paso a paso, con listas de comprobación y otros instrumentos utiles presentados en cada capítulo o en apéndices. Estos instrumentos pueden ser utiles a los capacitadores como ejemplos, o para los participantes como modelos para adaptar a su propia situación. El manual es claro y conciso y facil de seguir.

Favin, M. Health Education. Ginebra, Suiza: World Federation of Public Health Associations, 1986.

Este estudio da una vista general de la educación de la salud. Los capítulos se refieren a los enfoques, canales de comunicación, material educativo, planificación y organización y cambio de comportamiento. Los apéndices contienen una bibliografía anotada con una lista de periódicos, resúmenes de proyectos, y una lista de organizaciones que son fuentes de educación de la salud. Los incisos especiales cubren métodos y materiales específicos sobre salud.

Gillespie, R. A Manual on Evaluation of Population Communication Programmes. París: UNESCO, 1981.

Este manual da directrices simples para evaluar programas de comunicación de población Tiene capítulos sobre pruebas preliminares de materiales y sobre evaluación de campañas de medios de comunicación de masas, actividades de los trabajadores en el campo, y otros aspectos de programas de comunicacion. También hay capítulos sobre la fijación de prioridades y sobre evaluación de la planificación. Los apéndices contienen ejemplos de cuestionarios, y de formularios para mantener registros, que pueden ser de utilidad a los participantes en el taller.

Green, Cynthia. "Making Messages Matter," en People: IPPF Review of Population and Development, Volumen 13, Número 2, 1986, p.5-8.

Este artículo provee directrices sobre como hacer un programa de planificación familiar efectivo. Cada punto de decisión importante en el proceso se detalla y se dan consejos por experiencias aprendidas. Este artículo puede servir de base para una presentación en capacitación, para repartir entre capacitadores o como modelo a seguir en el diseño de actividades de comunicaciones.

Maine, D. y R. MacNamara. Birth Spacing and Child Survival. Nueva York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1985.

Este es una ayuda para la enseñanza que da información sobre la relación entre espaciar los nacimientos y la salud infantil. Es útil como modelo de material de IE&C que puede producirse para ser utilizado individualmente o en pequeños grupos. Podría usarse en una sesion de capacitación o podría servir como ejemplo de material de IE&C.

OIT. Population and Family Welfare Education Workers: A Resource Book for Trainers. Bangkok: OIT, 1980. (64p.)

Este folleto contiene una presentación completa de material sobre planificación familiar para los trabajadores. Puede servir como ejemplo para capacitación, como material escrito para uso de los trabajadores, y podria ser adaptado a una serie de entornos especificos. Puede también servir como curriculum y lectura corta para un proyecto de educación de trabajadores.

_____. Trade Union Leader's Compendium on Family Welfare In Organized Industry. Bangkok, OIT.

Este folleto fue preparado para dar a la administración laboral una coordinación de historial completo sobre el papel de los sindicatos y otras organizaciones laborales en las actividades de bienestar familiar en las industrias. La planificación familiar es tan sólo una parte de este programa, pero las áreas generales discutidas son importantes para la planificación familiar. Este folleto puede ser utilizado como parte de un curriculum para la capacitación de líderes laborales o con administradores industriales para concientizarlos respecto a su papel en la planificación familiar.

Population Communication Services. Basic Processes and Principles for Population/Family Planning Communications. Baltimore, Maryland: PSC, Population Information Program, The Johns Hopkins University, n.d.

Este panfleto resume los procesos y principios básicos requeridos para comunicar mensajes claros de IE&C a un público bien definido. Se presentan seis pasos: análisis; diseño; desarrollo; pruebas preliminares y replanificación; y continuidad a través del tiempo.

Otras referencias

Tecnología de la anticoncepción

Chen, E. Evaluation for an Incentive Program for Factory Workers in Taipei City. Taipei, Taiwan: Family Planning Promotion Center, 1974.

Favin, M.W. Stinson, B. Bradford y R. Clay. Family Planning for Maternal and Child Health: An Annotated Bibliography and Resource Directory. Washington, D.C.: World Federation of Public Health Associations, 1986.

Landry, E.G. et al. Contraceptive Distribution in St. Lucia Washington, D.C.: AID, 1986. McVeigh, K.H. Family Planning in a Pro-Natalist Environment: The Case of the Bolivian Industrialist Project. Inédito: 1985.

Population Crisis Committee. Issues in Contraceptive Development. Washington, D.C.: Population Crisis Committee, 1985.

Population Information Program. "Sources of Population and Family Assistance." Population Reports, Number 26, Series J. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University, 1983.

_____. "Vasectomy -- Safe and Simple." Population Reports, Number 4, Series D, 1983. Baltimore, Maryland Population Information Program, Johns Hopkins University.

_____. "New Developments in Vaginal Contraception," Population Reports, Number 7, Series H, 1984. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.

_____. "IUDs: An Appropriate Contraceptive for Many Women." Population Reports, Number 4, Series B, 1982. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.

_____. "Minilaparotomy and Laparoscopy: Safe, Effective and Widely Used," Population Reports, Number 9, Series C, 1985. Baltimore, Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.

Porter, C.W. y R.S. Waife. Intrauterine Devices: Current Perspectives (Segunda Edición). Chestnut Hill, Massachusetts: The Pathfinder Fund, 1982.

Porter, C.W. et al. Oral Contraceptives: A Guide for Programs and Clinics (Cuarta Edición). Chestnut Hill, Massachusetts: The Pathfinder Fund, 1982.

Información, Educación y Comunicación

Ainsworth, Martha. Family Planning Programs: The Client's Perspective. Papel de trabajo del personal del Banco Mundial, No. 676. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1984.

Bogue, D.J. A Training Manual for Interpersonal Communication. Chicago: Social Development Center, University of Chicago.

Coleman, Patrick. "The Power of Popular Music," en People: IPPF Review of Population and Development, Volume 13, Number 2, 1986, pp.11-12.

The Enterprise Program. "Programming Considerations for Family Planning Services and Commodities Planning." Washington, D.C.: JSI, Enterprise Program, 1986. Inédito.

Feliciano, G.D. et al. Problems and Approaches in Communicating Family Planning to Factory Workers Inédito, 1976.

Idurply, C. "Visual Communication Training for Family Planning Workers," en Development Communication Report, Invierno, 1986.

OIT. In-Plant Population Education: An Asian Handbook. Bangkok: OIT, 1977

International Planned Parenthood Federation. "Community Participation in Family Planning." Londres: IPPF, 1982.

Lee, J.H. "Worker Communicators, Vital Change Agents in Factory-Based Programmes," en Labor and Population Activities in Asia and the the Pacific. #16. Bangkok: OIT, 1984.

Saunders, L., Ed. IEC Strategies· Their Role in Promoting Behavior Change in Family and Population Planning. Honolulu, Hawaii: East-West Communication Institute, East-West Center, 1977.

Smith, W. A. "Social Marketing: Two Ways to Improve Health Delivery." Washington, D.C.: Academy for Educational Development, Inc., 1984.

Viravaidya, Mechai. "Humor and Fun is Half the Battle," en People: IPPF Review of Population and Development, Volume 13, Number 2, 1986, pp.3-4.

Westinghouse Health Systems. Contraceptive Prevalence Survey. Model Questionnaire. Columbia, Maryland: Westinghouse Health Systems, Ltd.

Sección VI: Planificando, poniendo en práctica, administrando y evaluando servicios de planificación familiar en la compañía

Esta sección primero identifica los puntos de decisión que la administración de la fábrica debe considerar al planificar servicios de planificación familiar en la compañía. Luego, se repasan los pasos relacionados con la puesta en practica, administración y evaluación de tales servicios.

NOTAS DEL CAPACITADOR

Objetivos para esta sección:

Después de completar las actividades de esta sección del módulo, los participantes en el taller podrán:

1. poner en practica una metodología para determinar las necesidades/deseos de servicios de planificación familiar entre su poblacion de empleados.

2. identificar a los miembros de su comunidad y/o fábrica que son "actores" importantes en el establecimiento de servicios de planificación familiar y determinar si debe formarse un comite para ayudar en el diseño y la puesta en práctica de los servicios de planificación familiar.

3. determinar el modelo mas apropiado para proveer servicios de planificación familiar, basado en las necesidades/deseos de la población cliente, la disponibilidad de otros servicios de cuidado de la salud y de planificación en el área, y los recursos disponibles a la compañía.

4. seleccionar una mezcla apropiada de servicios, basada en las necesidades/deseos de la población objetivo, la disponibilidad de personal capacitado en planificación familiar, la disponibilidad de un canal de aprovisionamiento de métodos anticonceptivos, y los recursos de la compañía.

5. determinar si se necesita establecer un sistema adicional de archivos para supervisar el programa de planificación familiar. Diseñar los sistemas para que la información esté facilmente disponible para propósitos de supervisión y evaluacion.

6. determinar el nivel de las actividades de promocion necesarias para asegurar el uso apropiado de los servicios de planificacion familiar.

7. evaluar los recursos que serán necesarios para diseñar, iniciar y mantener el programa de planificación familiar. Esto incluye los recursos humanos, las instalaciones, el equipo, los materiales, los insumos y los materiales de IE&C. Los participantes tambien podrán evaluar si estos recursos pueden obtenerse dentro de su organización o si debe buscarse ayuda externa.

8. identificar mecanismos simples para calcular el número de personal de planificación familiar, los equipos, insumos, y facilidades, de acuerdo con la mezcla de métodos a usarse en la compañía y las tasas de aceptacion propuestas de la poblacion a servirse.

9. diseñar una estructura organizativa para el programa de planificacion familiar que asegure la supervisión y evaluacion continua. Esto depende del tipo de servicios que han de ofrecerse y como son ofrecidos (en el lugar, por referencia, como parte del programa de salud materno infantil, como servicio individual).

10. aprender acerca de los procedimientos de evaluación para estimar la efectividad de los servicios de planificacion familiar ofrecidos a la población objetivo.

Razones básicas:

El exito de los servicios de planificación familiar en las compañías o plantaciones guarda relacion con una serie de decisiones administrativas que se toman antes del inicio de los servicios La identificación de los puntos de decision, la información necesaria para la toma de decisiones y los recursos que se necesitan para actuar acorde a esas decisiones, aumentan la probabilidad de que los servicios de planificacion familiar se diseñan de acuerdo a las necesidades y deseos de la poblacion a servirse.

PROCEDIMIENTOS

- **Introducción**

  Una introduccion a los asuntos de detalles que la administración de la fábrica y el personal de salud necesitan conocer, que preguntas necesitan hacer y donde pueden ir a buscar la informacion y los recursos que necesitan al planificar y establecer servicios de planificación familiar en fábricas o plantaciones.

  Tiempo· 10 minutos

- **Estableciendo un proceso para planificar y poner en práctica servicios de planificación familiar en las plantaciones o en las fábricas**

  Los participantes revisan los posibles componentes de un servicio de planificacion familiar y las tareas claves y puntos de decisión relacionados con la planificacion y establecimiento de servicios de planificación familiar en las empresas. Estas tareas, y otras que los participantes pueden agregar a la lista, forman la base para examinar las necesidades administrativas y de recursos relacionados con la oferta de servicios de planificación familiar. Las tareas se clasifican bajo siete encabezamientos· servicios, administración, capacitación, IE&C, insumos, evaluación y consideraciones de costo.

  Tiempo: 45 minutos

- **Charla corta: examinando su público y decidiendo la mezcla de servicios a ofrecer**

  Los participantes revisan las cuestiones de análisis de necesidades de los clientes y aprenden a traducir la informacion que acopian o generan ellos mismos en decisiones preliminares sobre el modelo de entrega de servicios y la mezcla de métodos de planificación familiar para su publico objetivo.

  Tiempo: 1 hora

- **Evaluando la necesidad de integración de los servicios**

  Las cuestiones respecto a la integracion de servicios de planificacion familiar con los servicios de salud existentes en una empresa, o la creacion de servicios de planificacion familiar independientes en el lugar, se revisan a la luz de decisiones preliminares sobre publico, modelo de entrega de servicios y mezcla de servicios.

  Tiempo: 30 minutos

- **Determinando las necesidades de personal**

  Las necesidades de personal y las descripciones de sus tareas se consideran como una funcion de los objetivos que una empresa establece para sus servicios de planificacion familiar, el publico a servirse, el modelo de entrega de servicios, la mezcla de métodos a ser ofrecida a los clientes, y si los servicios de planificacion familiar van a ser integrados a servicios de salud existentes Se presentan descripciones de tareas como muestras, en el contexto de una clinica de planificacion familiar individual en una compañia asiatica.

  Tiempo· 45 minutos

- **Proyectando las necesidades de suministros**

  Se revisan métodos para proyectar las tasas de aceptacion. Se discuten procedimientos basicos para estimar las necesidades de suministros de anticonceptivos. Se presentan procedimientos para proyectar las necesidades de suministros, como una función del modelo de entrega escogido y la mezcla de servicios a ser ofrecidos.

  Tiempo: 45 minutos

- **Mobiliario y equipo clínico básicos**

  Se presenta una lista de mobiliario para la clínica, suministros y equipo clínico.

  Tiempo: 30 minutos

- **Diseño clínico e inventario de almacén y de insumos anticonceptivos**

  El diseño clínico se presenta como una funcion de varios factores· integracion de la planificación familiar con otros servicios de salud, modelo de entrega de servicios, mezcla de servicios a ofrecerse, y el presupuesto disponible para los servicios de planificación familiar. Se discuten los procedimientos basicos para mantener inventarios y almacenamiento de insumos anticonceptivos.

  Tiempo: 30 minutos

- **Registros y evaluación**

  La necesidad de supervisar resultados reales versus resultados esperados en los servicios de planificación familiar en las compañías, se enfatiza antes de examinar varios formularios para mantener registros y formularios de evaluacion. Se presentan muestras de formularios que podrían utilizarse para supervisar el comportamiento y la calidad de los servicios en las compañías.

  Tiempo: 45 minutos

- **Evaluación**

  Los participantes evalúan la utilidad de la lista de comprobación de tareas/decisiones al poner en práctica sus propios servicios en las compañías.

  Tiempo: 20 minutos

AL CAPACITADOR:

A continuación se encuentra un juego completo de material para el capacitador y el participante. El material provisto es como sugerencia solamente, y su mejor utilidad es como modelo que los participantes en el taller pueden adaptar a las necesidades específicas de sus fábricas o empresas.

INTRODUCCION

LOS "DETALLES" DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS

En esta seccion del manual, la presentacion se enfoca hacia los "detalles" del establecimiento, administración y evaluación de servicios de planificacion familiar en las fabricas o las plantaciones. La atención se dirige hacia una serie de tareas que son vitales no sólo para el proceso de planificación, sino tambien para la entrega de servicios de planificacion familiar

La presentacion en esta seccion se basa en una serie de presunciones. La mas importante de estas es que los administradores de empresas privadas o de servicios de salud existentes en una empresa privada, participantes en el taller, ya han tomado la decision de considerar seriamente la entrega de servicios de planificacion familiar a sus empleados Otras presunciones incluyen la disposicion de la empresa de considerar una gama completa de opciones de entrega de servicios y mezcla de metodos de planificacion familiar, la necesidad de que los servicios de planificacion familiar reflejen las necesidades anticonceptivas de sus empleados o sus familias, y un compromiso de parte de la administracion de proveer a los empleados con la libre eleccion de metodos anticonceptivos que ellos escojan utilizar.

La secuencia de actividades en esta sección del manual sigue a las listas de comprobación de tareas y de puntos de decision presentados en el proximo ejercicio. Los temas a discutir son:

- estableciendo un proceso de planificación y puesta en práctica de servicios en las compañías;
- examinando el público objetivo y decidiendo que mezcla de servicios ofrecer;
- determinando las necesidades de personal y las descripciones de tareas;
- proyectando las necesidades de facilidades;
- mobiliario clínico, equipo e insumos básicos;
- diseño de la clínica y almacenamiento de insumos anticonceptivos; y
- registros y evaluación.

SECCION VI

PLANIFICANDO, PONIENDO EN PRACTICA, ADMINISTRANDO Y EVALUANDO SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA COMPANIA

TIEMPO SUGERIDO: 5 horas

ESTABLECIENDO UN PROCESO PARA PLANIFICAR Y ESTABLECER SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS O PLANTACIONES

ESTABLECIENDO UN PROCESO PARA PLANIFICAR Y ESTABLECER SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS O PLANTACIONES

En esta parte de la Seccion VI, la meta es que los participantes en el taller conozcan una gama de componentes que podrían incluirse en un servicio de planificacion familiar, y luego examinar una serie de tareas a ser consideradas al planificar y operar servicios de planificacion familiar en las compañias A pesar de que no se considera que las tareas listadas bajo "Lista de comprobación de tareas/puntos de decisión al establecer servicios de planificacion familiar en las compañías" sean minuciosas, se constituyen aquéllas que se considera son de mayor importancia.

Para el proposito de nuestra presentacion aqui, y como un reflejo de una secuencia lógica que los participantes en el taller pueden querer seguir, las tareas estan agrupadas bajo dos encabezamientos principales:

- **I: Clientela y servicios a ofrecer**
- **II: Necesidades de apoyo.**

A medida que revisa la lista de tareas y puntos de decision con los participantes en el taller, debe hacerse frecuente referencia a las actividades de las anteriores secciones del manual. La administracion y los administradores de servicios existentes de salud deben, a medida que participan en las actividades del taller, desarrollar una completa comprension de la relacion entre las razones basicas y los objetivos que han establecido para los servicios que planifican ofrecer, y las decisiones respecto a la clientela a servirse, el modelo de entrega de servicios a utilizarse, la mezcla de servicios a ofrecerse, y los tipos de apoyo necesarios para mantener servicios de planificacion familiar efectivos y eficaces Se incluye, para la revision de los participantes, una lista de comprobacion de costos tópicos vinculados a la puesta en practica de programas de planificación familiar en las fabricas.

COMPONENTES DE UN SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Antes de entrar en una discusión sobre las tareas y puntos de decisión vinculados en el establecimiento y administración de un servicio de planificación familiar en la compañía, primero debemos enlistar y discutir los diversos componentes que podrían incluirse en tal servicio.

[NOTA AL CAPACITADOR: Enliste esos ocho puntos en papel o en un pizarrón.]

1. Suministrando anticonceptivos.
2. Asesoría y educación sobre bienestar familiar
3. Pruebas de laboratorio (para enfermedades transmitidas sexualmente, muestra mojada para descarga vaginal, Hbg VDRL, y urianálisis)
4. Historial completo de planificación familiar y físicos (papanicolaou, etc.)
5. Evaluación del embarazo (incluye prueba de embarazo)
6. Detección y asesoría sobre infertilidad
7. Servicios de referencias
8. Detección de grupos de alto riesgo

No entraremos en discusión detallada de estos puntos en este momento, ya que se tratan en otras secciones del manual. Un punto importante en este momento es la necesidad de ver los servicios de planificación familiar como algo más que la provision de anticonceptivos e información sobre su uso.

LISTA DE COMPROBACION DE TAREAS/PUNTOS DE DECISION EN EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS COMPANIAS

I. CLIENTELA Y SERVICIOS A OFRECERSE

Tareas	Puntos de decisión
a. Estudie la población a servirse (encuestas de prevalecencia; conocimiento, encuestas de actitudes y de practicas, grupos de foco; registros de salud de la compañía).	Decida a quien ha de servise.
b. Examine la organizacion y las tasas de uso de los servicios actuales de salud de la compañía.	
c. Examine modelos de servicios de planificación familiar a la luz de la poblacion a ser servida y la necesidad de su adaptacion al lugar de trabajo.	
d. Identifique recursos locales/ nacionales de planificación familiar.	Decida cual modelo ha de utilizarse con que mezcla de servicios. Decida si los servicios de planificación familiar seran integrados con los servicios de salud existentes o seran individuales.

II. NECESIDADES DE APOYO

Administración

1. Identifique dentro de la compañía el equipo para servicios de planificación familiar.

2 Identifique las necesidades potenciales para el diseño plano de los servicios de planificación familiar.

Decida quien va a administrar y que asistencia exterior puede requerirse.

Predicción de carga de clientela

1. Haga estimados realistas de las cargas iniciales de clientela sobre una base mensual.

2. Haga estimados de como cambiar la carga de clientela con el tiempo. (Ej. cese del aumento constante, variación por temporadas, etc.)

3. Haga estimados de la mezcla de métodos.

Decida estimado mensual/ trimestral de carga de clientela por método para el primer año de programa.

Entrega de servicios

1. Identifique el personal y los conocimientos necesarios para la entrega de los servicios de planificación familiar en el modelo y mezcla elegidos.

2. Examine los conocimientos/ habilidades del personal actual de servicios de salud.

3. Identifique las brechas.

Decida las descripciones de tareas y los procedimientos de contratacion.

Decida donde y cuando capacitar al personal que ha de hacer entrega de servicios de planificacion familiar.

Operaciones de la clinica

1. Haga estimados de las necesidades de espacio en base al modelo de entrega, mezcla de servicios y carga estimada de clientela.

2. Examine las instalaciones existentes administradas por otros.

Decida el plano de la clínica y las horas en las cuales la clínica estara abierta.

Equipo y materiales

1. Haga un inventario de los materiales y el equipo utilizados en los servicios de salud.

2. Identifique el personal, el equipo, los materiales y los insumos necesarios a la luz del modelo de entrega y mezcla de servicios.

3. Identifique fuentes locales/ nacionales de materiales, de equipo y de insumos.

4. Evalue los procedimientos actuales de compra e inventarios.

Decida que materiales/equipo comprar, como comprarlos, como almacenar, como hacer inventarios, quien es responsable de los informes.

Insumos anticonceptivos

1. Identifique las fuentes de insumos anticonceptivos. Cuantifique con cuanto tiempo de anticipación debe obtener los anticonceptivos.

2. Haga un estimado de las necesidades basado en cargas proyectadas de clientela y mezcla de métodos.

Decida que fuente utilizar y los procedimientos para hacer los pedidos.

3. Establezca los procedimientos de control de almacén e inventarios.	Decida los procedimientos de inventarios.
<u>IE&C</u>	
1. Identifique materiales/ prácticas existentes de otros grupos locales o nacionales.	
2. Examine el rol potencial de los motivadores y los trabajadores en el campo.	Decida el nivel de los esfuerzos iniciales de IE&C.
<u>Evaluación y mantenimiento de registros</u>	
1. Identifique y examine los procedimientos de informes de los servicios de salud actuales.	
2. Examine los procedimientos de informes sugeridos para servicios de planificación familiar.	
3. Identifique las brechas en los procedimientos actuales.	Decida cuales procedimientos utilizar; quien hace los informes y con que frecuencia; y a quien se darán los informes.

LISTA DE COMPROBACION DE COSTOS TIPICOS DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FABRICAS

Personal

Médicos - Medicos Generales
- Obstetras/Ginecologos
Enfermeras Registradas, Enfermeras-Comadronas
Motivadores
Consejeros
Trabajadores Sociales
De Oficina/Administrativo
Perdida de tiempo de empleados (si los servicios son provistos durante horas laborables)

Instalaciones

Alquiler
Servicios (electricidad, agua, tel.fono)
Vehículos clínica/móvil (combustible, lubricantes, mantenimiento)

Equipo e insumos

Equipo clínico para:
- examenes
- métodos anticonceptivos quirúrgicos
- insersiones de DIUs
- seguimiento

Equipo de oficina

Servicios

Compras
Espacio de almacén
Administración de inventarios

IE&C

Materiales comprados
Materiales auto-producidos
Actividades de motivacion o de información
Capacitación miscelánea de personal
Capacitación miscelánea de usuarios

CHARLA CORTA:

EXAMINANDO SU PUBLICO Y DECIDIENDO LA MEZCLA DE SERVICIOS A OFRECER

DETERMINANDO LOS TIPOS DE SERVICIOS A OFRECER

AL CAPACITADOR:

Después de completar esta sección del módulo, los participantes en el taller comprenderán las cuestiones vinculadas en:

1. La determinación de necesidades/deseos de servicios de planificacion familiar entre la población de empleados;

2. La determinacion del modelo más apropiado para proveer servicios de planificacion familiar basados en las necesidades/deseos de la poblacion de clientes, la disponibilidad de otros servicios de salud y de planificacion familiar en el area, y los recursos disponibles a la compañía

3. La seleccion de una mezcla apropiada de servicios, basada en las necesidades/deseos de la población objetivo, la disponibilidad de otros servicios en la área, la disponibilidad de un canal de aprovisionamiento de metodos anticonceptivos, y los recursos de la compañía.

4. La identificacion de miembros de la comunidad y/o la fabrica que son "actores" importantes en el establecimiento de servicios de planificacion familiar y determinar si debe formarse un comite para ayudar en el diseño, la puesta en marcha, y la evaluación de los servicios de planificacion familiar.

<u>Material para distribucion incluído</u>

1. Enfoques para determinar los deseos/necesidades de servicios de planificación familiar. (Material de distribución A)

2. Cuestiones a considerar en la selección de un modelo de entrega de servicios de planificación familiar. (Material de distribución B)

3. Factores a considerar en la selección de una mezcla de métodos anticonceptivos. (Material de distribución C)

4. Lidiando con los obstáculos para la entrega de servicios. (Tabla 3)

5. Características de los principales enfoques para proveer servicios de planificación familiar. (Tabla 1, Sección V)

6. Directrices para el uso de métodos anticonceptivos con estrategias alternas de entrega. (de la Sección V)

El propósito de esta charla es darles los instrumentos que necesitarán para determinar el tipo de servicios de planificación familiar a ofrecer en su entorno específico. La presentación está basada en los siguientes conceptos básicos:

1. La estructura de la clínica de planificación familiar y el tipo de métodos anticonceptivos ofrecidos por la clínica deberán estar basados en las necesidades y deseos ("necesidades percibidas") de la población objetivo;

2. Usted necesita ser conocedor del tipo y de la calidad de otros servicios de planificación familiar que podrían estar disponibles a su población objetivo para que usted comprenda porque estos servicios se están utilizando o no y como usted se puede asociar con la red existente de planificación familiar

3. Su meta debe ser proveer la mas amplia gama de eleccion a los usuarios potenciales de planificacion familiar; ningún metodo es perfecto y mientras más opciones haya disponibles, mas cantidad de personas veran satisfechas sus necesidades de planificacion familiar. Sin embargo, usted puede necesitar hacer concesiones al establecer sus servicios. Estas concesiones pueden deberse a la naturaleza políticamente sensitiva de la planificacion familiar en algunas areas, a las dificultades logísticas asociadas con la entrega de algunos metodos, o a la calidad de los asuntos de cuidado. Algunas de estas concesiones pueden evitarse por medio de la educación o vinculando a personas influyentes; otras no pueden evitarse. Todas las concesiones deben hacerse con conciencia plena de lo que se está ganando y a lo que se esta renunciando.

Durante esta charla se hara referencia a los seis materiales de distribución enlistados en la pagina anterior. Ustedes ya han visto dos de éstos: uno es sobre las características de los modelos basicos para proveer servicios de planificación familiar (Tabla 1, Seccion V) y el otro resume los tipos de anticonceptivos que pueden ser provistos con cada modelo (el cuadro mas grande de la Sección V). Los cuatro materiales de distribución nuevos incluyen:

<u>Material de distribución A</u>· Información para ayudar al administrador de empresa privada a determinar la necesidad y la demanda de servicios de planificación familiar.

<u>Material de distribución B</u>· Asuntos a considerar al seleccionar modelos de entrega de servicios de planificación familiar.

<u>Material de distribución C</u>: Factores a considerar en la seleccion de una mezcla de métodos anticonceptivos.

<u>Tabla 3</u>: Intercambiando con los obstáculos para la entrega de servicios.

[Nota al Capacitador: refiérase al material de distribución A en esta sección de la charla.]

El **primer paso** para determinar los tipos de servicios a ofrecer, es identificar el "grupo objetivo" para los servicios de planificacion familiar. Su definición de quien esta incluído en el grupo objetivo puede cambiar con el tiempo, pero es importante comenzar el proceso de planificacion con una definición preliminar. Usted querrá contestar las siguientes preguntas·

1. ¿A quien emplea usted? ¿En su mayoría hombres? ¿En su mayoria mujeres? (Fuente: registros de personal)

2. ¿Actualmente, da ya usted servicios de salud a sus empleados? (Fuente: presupuesto, beneficios de empleados). ¿Qué incluyen estos beneficios adicionales?

3. ¿Actualmente, da ya usted servicios de salud a los dependientes de sus empleados? ¿Cuales son las razones por las cuales usted quiere o no quiere proveer servicios de planificacion familiar para este grupo?

4. ¿Estan sus servicios de salud u otros servicios sociales disponibles a miembros de la comunidad que no son empleados o dependientes de empleados? ¿Cuáles son las razones por las cuales usted quiere o no quiere proveer servicios de planificacion familiar para este grupo?

Al contestar estas preguntas usted ha definido ampliamente el "grupo objetivo" para sus servicios de planificacion familiar El próximo paso es estimar el numero total de personas en la poblacion objetivo. Este no es el numero total de usuarios potenciales (por supuesto, no todos elegirán utilizar la planificación familiar) pero más bien la poblacion de la cual saldrán los usuarios.

El material de distribución A da un marco sencillo para determinar la población objetivo. Usted querrá asumir que sólo uno de los miembros de la pareja será usuario de servicios de planificacion familiar.

[NOTA AL CAPACITADOR: Ver material de distribución A, paso I para material de lectura adicional.]

El segundo paso es acopiar datos sobre el número de nacimientos entre la poblacion objetivo. Estos datos dan una visión de la necesidad de servicios de planificación familiar, en particular cuando se compara con las tasas de nacimientos de otras areas de la region o del país. Estos datos también son de utilidad para estimar algunos de los costos asociados a la no provisión de servicios de planificación familiar (licencia de maternidad para las empleadas, guardería infantil, cuidados de salud para los dependientes, etc.).

[NOTA AL CAPACITADOR: Ver el Paso II de la discusión en el material de distribución A para material de lectura adicional.]

El tercer paso es identificar el conocimiento de planificación familiar, las actitudes y las prácticas de la población objetivo.

[NOTA AL CAPACITADOR: Ver el paso III en el material de distribución A para contenido de lectura sobre encuestas de KAP y grupos de foco.]

El cuarto paso es la obtención de información sobre otras fuentes de servicios de planificacion familiar en el área.

[NOTA AL CAPACITADOR: Ver el paso IV de discusión en material de distribución A para contenido de lectura sobre como evaluar fuentes de planificación familiar.]

Al final del proceso de cuatro pasos, usted debe tener la siguiente información:

1. Un perfil de su población objetivo

2. Una medición de la necesidad de servicios de planificación familiar en su área;

3. El conocimiento, las actitudes y las prácticas de planificación familiar en la población de su area de servicios;

4. Un perfil de otros servicios de planificación familiar (si los hubiera) en su área de servicio.

Esta información debe servir de base para todas sus decisiones acerca de la estructura del programa de planificación familiar y acerca de la mezcla de anticonceptivos que se proveerán.

[NOTA AL CAPACITADOR: Repase brevemente el material de distribución "Características de los principales enfoques para proveer servicios de planificación familiar" (Tabla 1, Sección V). Este se ha presentado en la charla anterior. Podría pedirle a un voluntario del grupo a que repase cada tipo. Debe prestarse particular atención a las ventajas y las desventajas de cada uno de ellos.]

Al seleccionar un modelo basico para ofrecer planificación familiar en su fábrica, usted necesitará contestar las siguientes preguntas:

[NOTA AL CAPACITADOR: El siguiente material está contenido en el material de distribución B.]

1. ¿Ofrece ya usted servicios de salud a una porción o a toda su población objetivo para planificación familiar? Si es así, un programa con base en la clínica (sea separado o en combinación con los servicios de MCH) puede ser factible y/o deseable· la población objetivo ya está utilizando la instalacion, el personal médico ya está en el lugar, etc.

2. ¿Está la población objetivo concentrada en un área o ampliamente dispersa? Una poblacion ampliamente dispersa puede ser servida en varias formas: utilizando distribución basada en la comunidad (DBC); distribución comercial; o clínicas satélite.

3. ¿Qué nivel de recursos financieros esta disponible para comenzar un programa de planificacion familiar y apoyarlo en base continua? Si hay dinero adecuado para la puesta en marcha de un programa DBC o en la clínica, puede ser factible. En el entorno apropiado, un sistema de distribucion comercial que funcione expeditamente puede ser el menos costoso a largo plazo La efectividad de costos de los diferentes enfoques dependera de las circunstancias del programa; los costos de puesta en marcha de un programa con base en la clínica seran menores si ya se ofrecen servicios de salud

4. ¿Que nivel de recursos humanos está disponible? Un programa DBC requiere un grupo de voluntarios de la comunidad. Un programa de distribucion comercial requiere la cooperación de los dueños de tiendas al detalle. Un programa con base en la clínica requiere la disponibilidad de personal médico capacitado.

5. ¿Qué otras fuentes de servicios de planificación familiar estan a la disposición de la población objetivo? ¿Podría la empresa suplementar un programa MCH con base en una clínica pagando el salario de un proveedor de planificación familiar u organizando un programa de DBC con referencias a la clínica existente?

6. ¿Indica la población objetivo una preferencia por un tipo en particular de programa? Los programas con base en clínicas pueden ser percibidos como que ofrecen servicios de mayor calidad. Un programa con base comercial o con base comunitaria puede ser percibido como más conveniente y/o más confidencial. Las percepciones de la población objetivo, naturalmente, estaran basadas en una serie de factores, incluyendo el comportamiento de otros programas similares.

Es importante recordar que usted no está encerrado en un modelo en particular. Un programa con base en una clínica puede ser suplementado por un programa de DBC. Un programa de distribución comercial puede ser parte de la red de referencias médicas de un programa completo de MCH.

Mezcla de servicios

El tipo de métodos de planificación familiar que puede ser provistos dependerá de una serie de factores, incluyendo el modelo de entrega de servicios que se haya seleccionado.

[NOTA AL CAPACITADOR: Haga un breve repaso de la gráfica grande de la Sección V: Una guía a los métodos anticonceptivos modernos.]

Además, hay una serie de otros factores a considerar; estos pueden dividirse en tres grandes categorías:

1. Calidad de cuidado/lógica médica
2. Practicabilidad
3. Aceptación política

[NOTA AL CAPACITADOR: Refiérase al material de distribución C: Factores a considerar en la selección de una mezcla de métodos anticonceptivos.]

Durante todo el proceso para determinar el tipo de servicios a ofrecer, usted puede encontrar uno o más obstáculos para organizar y poner en marcha un programa familiar de alta calidad. Algunos de los principales problemas, obstáculos y posibles soluciones, se describen en la Tabla 3: Lidiando con obstáculos a la entrega de servicios.

[NOTA AL CAPACITADOR: Seleccione y discuta dos o tres problemas: los números 3 y 8 serían buenas selecciones. Si hay tiempo, pídale a los participantes que compartan sus experiencias.]

Muchos de los problemas que enfrentan los programas de planificación familiar tienen que ver con la aceptación de la planificación familiar. Muchos programas han encontrado que este tipo de problemas pueden encararse efectivamente pidiéndole a representantes tanto de los "grupos problema" (hombres) líderes políticos, miembros de la iglesia, etc.) como a los "grupos de apoyo" (mujeres, sindicatos, administracion, etc.) que participen en un comité de planificación/dirección de los servicios de planificacion familiar. Este comité puede tomar una serie de formas y servir para un número de propósitos, pero sus funciones basicas son:

1. Ayudar a estructurar un programa que sea aceptable a la mayor cantidad posible de miembros de la comunidad;

2. Proveer un mecanismo para que los miembros de la comunidad puedan "comprar una porción" y experimentar un sentimiento de propiedad hacia el programa de planificación familiar;

3. Hacer propaganda al programa entre los miembros influyentes de la comunidad; y

4. Proveer un mecanismo de control de calidad para el programa: el comité puede revisar los resultados del programa en base continua y trabajar para resolver las quejas de los consumidores;

La composición exacta del comité dependerá de la composicion de la comunidad y de la poblacion objetivo, así como de los problemas que ha encontrado y los que anticipa encontrar. En general, es mejor formar el comité antes de que los problemas crezcan hasta ser desproporcionados. Vincular a las personas desde el principio tiende a convertirlos en defensores del programa en vez de adversarios.

Resumen

Hemos discutido las siguientes cuestiones:

1. Como determinar las necesidades y los deseos de tener servicios de planificación familiar entre la población objetivo.

2. Como determinar el modelo más apropiado para la entrega de servicios de planificación familiar en su área.

3. Como seleccionar la mezcla apropiada de servicios para su población objetivo.

4. Como determinar si se necesita un comité comunitario.

La selección de la mezcla apropiada de servicios, basada en las necesidades y deseos de su población objetivo hará mucho por aumentar el impacto potencial del programa - aun antes de su puesta en marcha.

INFORMACION PARA AYUDAR AL ADMINISTRADOR DE EMPRESA PRIVADA A DETERMINAR LA NECESIDAD Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: UNA METODOLOGIA

PASO I. Un perfil demográfico del grupo de usuarios potenciales de los servicios de planificación familiar

El primer paso en el proceso de Necesidad/Demanda es definir ampliamente a los usuarios potenciales (población objetivo) del programa de planificacion familiar patrocinado por la compañía. La definición puede modificarse a medida que se acopia y se analiza información más detallada, pero es útil tener información como base. El grupo del cual saldrán los usuarios puede calcularse utilizando el siguiente marco:

A. Número total de empleados

1. Número de empleados masculinos y femeninos no casados
2. Número de empleados masculinos casados con esposas entre las edades de 15 a 49
3. Número de empleadas femeninas entre las edades de 15 a 49

Fuente: registros de personal de la compañía

B. Usuarios actuales, no empleados, de los servicios de salud patrocinados por la compañía

1. Número de hombres de 15 años de edad o más
2. Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad

Fuente: resumen del registro de la clínica de salud de la compañía; revisión de los registros médicos

C. Residentes de las áreas circundantes

1. Número de hombres de 15 años de edad o más
3. Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad

Fuentes: base estadística local, regional o local (censos de población, registros de impuestos) registros escolares, cálculos hechos por líderes locales

Paso II: Tasas de natalidad en el área local

Esta información estara disponible de manera ideal para cada uno de los grupos de mujeres identificados anteriormente. También sería útil saber el tamaño de la familia del empleado conforme a los grupos de edades de los empleados. Las fuentes de datos incluyen: registros de personal de la compañía (registros de licencias de maternidad); registros de hospitales locales, departamentos de salud o comadronas; registros gubernamentales. Como mínimo, los administradores deberian obtener un cálculo exacto del numero de nacimientos en el área durante un año reciente. Esta información es util por una serie de razones·

- Cuando se compara con tasas de otras areas del país o de todo el país, ésta puede ofrecer importante discernimiento de la fertilidad "no deseada" en el area.

- Cuando se compara con información sobre el tamaño deseado de familia, puede identificar grupos particulares de clientes que son candidatos primarios para servicios de planificación familiar.

- Puede utilizarse para calcular las necesidades de la población objetivo de cuidados de salud relacionados con el embarazo. Este conocimiento será de particular importancia si se está considerando un programa integrado de planificación familiar/salud materno y infantil.

Paso III· Los conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar por parte de la población objetivo

Un programa de planificación familiar tendrá éxito solamente si está diseñado para cubrir las necesidades (y necesidades percibidas) de las personas a las que tiene la intención de servir. La identificación de estas necesidades se logra parcialmente en los Pasos I y II anteriores. ¿La composicion de la población objetivo (¿en su mayoría masculina? ¿en su mayoría femenina? ¿en su mayoría mujeres jovenes con pocos hijos? ¿en su mayoria mujeres mayores con muchos hijos?) y las tasas de natalidad actuales, ofrecen importante discernimiento respecto al nivel y el tipo de servicios que deben ofrecerse. De igual importancia son las necesidades expresadas directamente por la poblacion objetivo. La información respecto al conocimiento, las actitudes hacia, y la práctica de planificacion familiar por parte de la población objetivo, ayudara a los diseñadores de programas de planificación familiar a contestar los siguientes tipos de preguntas:

- ¿Qué actividades educativas y de motivación seran necesarias?

- ¿Qué métodos anticonceptivos son aceptables para la población objetivo?

- ¿Qué métodos anticonceptivos utiliza actualmente la población objetivo?
- ¿Qué porcentaje de la población objetivo actualmente utiliza un método anticonceptivo tradicional o moderno?
- ¿Cuál es el tamaño promedio de la familia de la población objetivo?
- ¿Cuál es el tamaño promedio de familia deseada por la población objetivo?

Hay dos técnicas básicas disponibles para medir el conocimiento, las actitudes y las prácticas (KAP) de planificación familiar de la población: la encuesta KAP y el grupo de foco.

1. Las encuestas de KAP se han puesto en práctica en todo el mundo, tanto en gran como en pequeña escala. Es probable que una o más encuestas de KAP se hayan realizado en su país y/o region, por parte de investigadores de una universidad local, agencia gubernamental, u organización internacional. Si los resultados de estas encuestas estan disponibles, pueden proveer importantes datos comparativos y conocimiento interior de los asuntos que necesitan encararse. No pueden reemplazar el formular a los miembros de su grupo objetivo las mismas preguntas Sin embargo, ya que las encuestas KAP se utilizan ampliamente, no hay necesidad de diseñar una nueva encuesta para cada empresa. Pueden agregarse, cuando sea necesario, preguntas específicas de la localidad a un formulario estandar de encuesta

   Las encuestas KAP pueden ser relativamente cortas (10 a 15 preguntas) o muy largas (100 o mas preguntas), dependiendo de los objetivos de la encuesta y de los recursos disponibles. En la mayoría de los casos, las encuestas se realizan sobre una base individual, por un entrevistador capacitado, pero, con una población alfabeta, tambien es posible hacer que los miembros de la poblacion objetivo llenen un cuestionario escrito. Como en el caso de datos acopiados para la toma de decisiones administrativas, solo deben acopiarse datos que han de utilizarse.

2. El grupo foco es una discusión de grupo semi estructurado que se usa en la investigacion de mercado para obtener informacion detallada acerca de las respuestas de un grupo de consumidores respecto a un producto en particular Un grupo de foco generalmente incluye de 6 a 10 miembros, y un líder capacitado de grupo de foco quien dirige el grupo a traves de una serie de preguntas abiertas. La tarea del líder es extraer informacion detallada acerca de las percepciones del grupo respecto al producto, en este caso los servicios de planificacion familiar Generalmente se acopia mas informacion de la que sería posible acopiar con el uso de encuestas. La información inesperada es tambien más común por la naturaleza abierta de las preguntas y el entorno del grupo.

Debe acopiarse información acerca de las siguientes fuentes de servicios de planificacion familiar:

- Servicios de planificación familiar patrocinados por el gobierno, que pueden ser provistos bien sea en clínicas separadas o como parte de una unidad completa de servicios de la salud;
- Servicios patrocinados por una organización no gubernamental, como una asociación nacional de planificación familiar, grupo religioso, etc.;
- Medicos privados que ofrecen servicios de planificación familiar;
- Programas de Distribucion Comunitarios (PDC) donde el personal no medico capacitado distribuye anticonceptivos para planificacion familiar en los hogares de las personas o en sus lugares de trabajo; y
- Venta al detalle de anticonceptivos (farmacias, almacenes de comestibles, etc.)

Las siguientes preguntas deben responderse acerca de cada una de las fuentes identificadas de planificación familiar; el hecho de que exista un servicio de planificación familiar no quiere decir que pueda cubrir las necesidades de planificación familiar de las poblaciones objetivo:

1. ¿Es el servicio accesible a la población objetivo?
   - ¿Está a una distancia razonable del lugar de empleo?
   - ¿Está abierto a los empleados en hora no laborables?
   - ¿Hay transporte confiable y frecuente?
   - ¿Pueden los clientes ser vistos cuando entran o necesitan ser vistos?
   - ¿Hablan los proveedores de servicios de planificación familiar el mismo idioma de los clientes?
   - ¿Están los servicios al alcance económico de los clientes?

2. ¿Son los servicios aceptables para el cliente?
   - ¿Se ofrecen los servicios en privado y en forma confidencial?

- ¿Se trata a los clientes con respecto?
- ¿Reciben los clientes educación apropiada para que comprendan las opciones que tienen a su disposición?
- ¿Se ofrecen todos los servicios que los clientes desean?

3. ¿Se ofrecen servicios de alta calidad?

- ¿Se capacita a los miembros del personal en forma apropiada para proveer los servicios de planificacion familiar que se ofrecen?
- ¿Se ofrece una gama completa de servicios?
- ¿Se toma el historial médico y se lleva a efecto un examen médico (cuando es necesario) para evaluar los factores de riesgo de cada uno de los pacientes?
- ¿Existe una red de referencias para emergencias o para proveer los servicios que no se ofrecen?
- ¿Seleccionan los clientes un método de planificacion familiar en base a una elección voluntaria e informada (libre de imposiciones)?

Paso IV: Otras fuentes de servicios de planificación familiar en el área

Esta información será crucial para ayudar al administrador a tomar decisiones respecto al tipo de servicios de planificacion familiar a ofrecer. Por supuesto, el objetivo es adaptar las necesidades/deseos de la población a la mezcla apropiada de servicios. Un objetivo secundario es que no se ofrezcan servicios que no son necesarios/deseados, y evitar la duplicación de servicios Un resultado posible de este paso es que los administradores puedan decidir facilitar el uso de los servicios existentes a sus empleados (tiempo libre del trabajo para recibir los servicios, transporte a la clínica patrocinado por la compañía) en vez de comenzar una clínica de planificación familiar en la empresa. Al menos, los administradores necesitan estar concientes de los servicios existentes para que se pueda establecer una red de referencias apropiada.

CUESTIONES A CONSIDERAR EN LA SELECCION DE UN MODELO DE ENTREGA DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

1. ¿Ofrece usted ya servicios de salud a parte o a toda la poblacion objetivo de planificacion familiar? Si es así, un programa con base en la clínica (sea separado o en combinación con los servicios de salud) puede ser factible y/o deseable: la población médica ya está en el lugar, etc.

2. ¿Está la población objetivo concentrada en un área o esta ampliamente dispersa? Una población ampliamente dispersa puede ser servida en una serie de formas. utilizando la distribución comunitaria (DC), distribucion comercial, o clínicas satélite.

3. ¿Qué nivel de recursos financieros esta disponible para la puesta en marcha de un programa de planificación familiar para apoyarlo sobre una base continua? Si hay dinero adecuado disponible para la puesta en marcha un programa de DC o con base en la clínica puede ser, a largo plazo, el menos costoso La efectividad de costo de varios enfoques dependera de las circunstancias de cada programa, los costos de puesta en marcha para un programa basado en la clínica serían menores si ya se han provisto servicios de salud.

4. ¿Qué nivel de recursos humanos está disponible? Un programa de DC requiere un grupo de voluntarios de la comunidad. Un programa de distribución comercial requiere la cooperación de los dueños de tiendas al detalle. Un programa con base en una clínica requiere la disponibilidad de personal medico capacitado.

5. ¿Qué otros servicios de planificación familiar están a la disposición de la población objetivo? ¿Podría la empresa suplementar un programa MCH existente con base en una clínica, pagando el salario de un proveedor de planificación familiar u organizando un programa de DC con referencias a la clínica existente?

6. ¿Indica la población objetivo alguna preferencia por un tipo de programa en particular? Los programas con base en clínicas pueden ser percibidos como proveedores de servicios de mejor calidad Un programa con base comercial o con base comunitaria puede percibirse como más conveniente y/o confidencial Las percepciones de la población objetivo, naturalmente, estaran basadas sobre una serie de factores, incluyendo el comportamiento de programas similares.

FACTORES A CONSIDERAR EN LA SELECCION DE UNA MEZCLA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Las decisiones respecto a la mezcla de métodos anticonceptivos para entrega en un entorno en particular implica la consideración de, y concesiones entre, una serie de factores:

I. Calidad del cuidado/lógica médica

a. La disponibilidad de personal capacitado para evaluar cuan apropiados son los métodos en particular, dado los factores de riesgo y los efectos secundarios;

b. El riesgo de efectos secundarios serios y su relativa importancia, dada la alternativa (ej. altas tasas de mortalidad materno/infantil;

c. La disponibilidad de personal capacitado y de instalaciones medicas para manejar cualesquiera complicaciones medicas resultantes del uso de un método;

d. La disponibilidad de condiciones sanitarias adecuadas y del equipo e insumos apropiados para permitir el uso de algunos métodos (ej esterilizacion, insercion de DIUs);

e. El grado de prevalecencia de una enfermedad que contraindica el uso de un metodo en particular (ej. altas tasas de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y los DIUs);

f. Las edades de las mujeres que reciben los servicios de planificacion familiar; las mujeres tienen necesidades anticonceptivas diferentes en diferentes etapas de sus vidas reproductivas, y

g. La prevalecencia de relaciones maritales que resultan en multiples compañeros sexuales (ej los anticonceptivos orales parecen dar alguna protección contra las enfermedades inflamatorias de la pélvis transmitidas sexualmente y los métodos de barrera, tales como el condón, disminuyen la transmision de ETS).

II. Utilidad práctica

a. La disponibilidad del metodo, incluyendo la seguridad de sistemas de transportación;

b. El costo a la clínica de proveer un método, incluyendo el costo del equipo y los insumos relacionados con él;

c. El costo al cliente individual del uso de un método en particular (costo del método mismo y la frecuencia con la cual debe repetirse este costo; costos de viaje; y costos de oportunidad -- tiempo en que debe estar alejado de su trabajo y de su hogar);

d. Cuan aceptable es el método entre la población de usuarios (¿pedirán suficientes clientes el método como para que valga la pena mantenerlo en existencia? ¿"Cesarán" muchos usuarios o pedirán otro metodo?);

e. La frecuencia con la cual los usuarios que han seleccionado el método deben regresar a la clínica, la disponibilidad de transporte para ellos así hacerlo, y la disponibilidad de personal clínica para verlos;

f. La vida de almacenamiento del producto y los requerimientos para su almacenamiento;

g. La complejidad de la capacitación del personal vinculado en la entrega del metodo y la disponibilidad de programas de capacitacion,

h. La complejidad de la educación del paciente asociada con el método y la disponibilidad del personal capacitado para proveer esta educacion; y

i. La cantidad de cooperacion respecto a la planificación familiar, que probablemente exista entre los hombres y las mujeres en un entorno en particular

III. Aceptación política

a. La posición mantenida respecto a métodos específicos por parte de individuos influyentes o grupos de interés;

b. Las opiniones científicos de expertos y grupos internacionales y nacionales; y

c. Otros compromisos de programas que podrían limitar la habilidad de la clínica para desarrollar un mecanismo de entrega adecuado del método específico.

Usando estos factores como marco, cada programa de planificación familiar puede evaluar la factibilidad de ofrecer varios metodos anticonceptivos. Por supuesto, la primera consideracion debe ser satisfacer las necesidades de planificacion familiar de la poblacion objetivo. En la mayoría de las situaciones, esta consideracion dicta la provision de la mas amplia gama de metodos posible Un metodo en particular debe ser excluído solo si existe fuerte evidencia de que no pueden eliminarse, o que es totalmente inaceptable desde un punto de vista político o religioso.

Fuente: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa. 1983, p. 122-23

TABLA 3: LIDIANDO CON LOS OBSTACULOS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS

Problemas y dificultades	Soluciones
1. Falta de servicios (particularmente en áreas rurales pero también en áreas urbanas).	a) Aumentar el conocimiento de los formuladores de políticas acerca de los beneficios de la planificación familiar b) Aumentar la prioridad dada a la planificacion familiar en unidades de salud materno/infantil, particularmente, entre enfermeras y enfermeras comadronas. c) Dar mayor prioridad a la planificacion familiar en la capacitacion de medicos y enfermeras d) Fortalecer los servicios de personal y de alcance en las clinicas que ya estan ofreciendo planificacion familiar. e) Desarrollar, mejorar o extender sistemas de distribucion al detalle comunitarios y/o comerciales.
2. Resistencia por parte de las mujeres al concepto de la planificación familiar.	a) Compare las complicaciones causadas por los anticonceptivos con los riesgos del embarazo; calme los temores al respecto b) Ofrezca servicios de planificacion familiar de mejor calidad y mas completos c) Utilice clinicas para salud infantil y de niños sanos como fuentes para referencias médicas de servicios de planificacion familiar. d) Enfatice los beneficios de salud que tiene la planificación familiar y su naturaleza voluntaria.

TABLA 3: LIDIANDO CON LOS OBSTACULOS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS
(Página 2)

Problemas y dificultades	Soluciones
3. Oposición masculina al control de la natalidad y al concepto de que las mujeres jueguen un papel preponderante en las decisiones respecto a cuantos hijos debe tener una pareja.	a) Eduque a los líderes de la comunidad sobre los beneficios de la planificacion familiar. b) Vincule a hombres importantes en la planificacion inicial y la promocion de servicios anticonceptivos c) Ofrezca metodos que las mujeres puedan utilizar sin el conocimiento de los hombres si es necesario. d) Eduque a los niños escolares sobre la familia en la sociedad de hoy en día y sobre la importancia de planificarla.
4. Destrucción de instituciones tradicionales que apoyan los metodos de control de la natalidad efectivos.	a) Retenga aquellos enfoques tradicionales que sean seguros y efectivos b) Explique cuidadosamente las razones por las cuales algunos enfoques tradicionales pueden no ser seguros o efectivos. c) Inste a la comunidad local a que se vincule en el establecimiento de servicios para espaciar los nacimientos d) Utilice a los vecinos que puedan efectivamente comunicar los conceptos de la planificacion familiar en los programas de distribucion comunitaria.
5. Falta de personal medico de apoyo entre el personal fijo, hospitales y personal menor para actuar como educadores en el pueblo, reclutadores, y distribuidores de anticonceptivos.	a) Capacite nuevamente a medicos, enfermeras y comadronas en técnicas de planificacion familiar por medio de programas cortos e intensivos. b) Motive y capacite a enferme-

TABLA 3: LIDIANDO CON LOS OBSTACULOS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS
(Página 3)

Problemas y dificultades	Soluciones
	ras y luego capacite a personal paramédico que vive en la comunidad. c) Enfatice la planificacion familiar en los programas de capacitacion para comadronas, enfermeras y médicos. d) Capacite a cabalidad a supervisores de trabajadores de salud materno/infantil y de planificacion familiar para manejar los problemas y refuerce la capacitacion de los trabajadores menores de planificacion familiar.
6. No hay provacidad disponible en ciertas clínicas.	a) Provision de servicios en un entorno privado. b) Altere el flujo de pacientes en las clinicas de salud materno/infantil y de planificación familiar para manejar los problemas y refuerce la capacitacion de los trabajadores menores de planificación familiar c) Inicie la distribución comercial (incluyendo el uso de vendedores callejeros) de ciertos anticonceptivos
7. Falta de asequibilidad y falta de aceptación en algunos sectores de los servicios de esterilización.	a) Capacitacion de enfermeras comadronas, médicos, y asistentes de la salud para efectuar procedimientos de minilaparotomía. b) Adquirir el equipo necesario. c) Organizar un sistema para asegurar la provision constante de repuestos y otros insumos necesarios para el equipo de laparoscopía.

TABLA 3: LIDIANDO CON LOS OBSTACULOS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS
(Página 4)

Problemas y dificultades	Soluciones
8. Falta de reconocimiento por parte de líderes influyentes de la importancia para el individuo y para toda la comunidad, los metodos voluntarios para espaciar los nacimientos.	a) Explicar a los líderes los beneficios para la salud que representa la planificacion familiar. b) Demuestre que la planificación familiar reduce los costos de salud. c) Aumente la educacion de los políticos respecto a las implicaciones del rapido crecimiento de la poblacion.
9. Ley o costumbres que prohiben o inhiben el uso de servicios anticonceptivos a mujeres solteras.	a) Inicie servicios que no esten en conflicto directo con las leyes o las costumbres locales. b) Desarrolle programas de informacion publica respecto a las consecuencias sociales y para la salud de los embarazos de adolescentes c) Pídale a los líderes nacionales que interpreten las leyes de acuerdo con las condiciones actuales y que se comuniquen con líderes de otros países.

Fuente: CDC. Family Planning Methods and Practice· Africa 1983, pp. 122-23

EVALUANDO LA NECESIDAD DE INTEGRACION

EVALUANDO LA NECESIDAD DE INTEGRACION

¿Cuan bien funcionaría el trabajo de planificación familiar integrado al contexto del programa actual de servicios de salud de su fabrica? La respuesta depende de las necesidades de sus usuarios, la disponibilidad de personal capacitado y de otros recursos, y las políticas e ideologías de su gobierno Formulese a sí mismo las siguientes preguntas para evaluar si su programa actual necesita algunos cambios:

1. ¿Cuántas personas viven en el área al cual sirve mi programa?

2. ¿Dónde viven?

3. ¿Puedo alcanzarlas con servicios de planificación familiar con mi sistema actual?

4. ¿Qué es lo que las personas mas necesitan hoy en día?

5. ¿Qué aceptará la gente hoy, mañana, si se pone mayor informacion a su disposición?

6. ¿Qué recursos, tanto de mi programa como de la comunidad, estan a su disposición?

7. ¿Están ellos dispuestos a venir a mi clínica o a sesiones de reclutamiento?

8. ¿Hay personas que estén renuentes a utilizar servicios debido a la forma en que son ofrecidos? Ejemplo: Mujeres casadas que no quieren ir a clínicas que sólo practican la planificacion familiar.

9. ¿Estoy yo haciendo el mejor uso de mi tiempo, el tiempo de mis colegas y el de mi personal?

10. ¿Hay formas en las cuales yo podría reorganizar a mi personal y mis recursos para ofrecer mejores servicios a más personas?

Adaptado de:

CDC. Family Planning Methods and Practices· Africa. 1983, pp. 296-297.

EVALUANDO LA NECESIDAD DE INTEGRACION

¿Cuan bien funcionaría el trabajo de planificación familiar integrado al contexto del programa actual de servicios de salud de su fábrica? La respuesta depende de las necesidades de sus usuarios, la disponibilidad de personal capacitado y de otros recursos, y las políticas e ideologías de su gobierno. Formulese a sí mismo las siguientes preguntas para evaluar si su programa actual necesita algunos cambios:

1. ¿Cuantas personas viven en el area al cual sirve mi programa?

2. ¿Dónde viven?

3. ¿Puedo alcanzarlas con servicios de planificación familiar con mi sistema actual?

4. ¿Que es lo que las personas más necesitan hoy en día?

5. ¿Que aceptara la gente hoy, mañana, si se pone mayor informacion a su disposición?

6. ¿Qué recursos, tanto de mi programa como de la comunidad, están a su disposición?

7. ¿Están ellos dispuestos a venir a mi clínica o a sesiones de reclutamiento?

8. ¿Hay personas que esten renuentes a utilizar servicios debido a la forma en que son ofrecidos? Ejemplo: Mujeres casadas que no quieren ir a clínicas que sólo practican la planificacion familiar.

9. ¿Estoy yo haciendo el mejor uso de mi tiempo, el tiempo de mis colegas y el de mi personal?

10. ¿Hay formas en las cuales yo podría reorganizar a mi personal y mis recursos para ofrecer mejores servicios a más personas?

Adaptado de:

CDC. Family Planning Methods and Practices: Africa. 1983, pp. 296-297.

DETERMINANDO LAS NECESIDADES DE PERSONAL

DETERMINANDO LAS NECESIDADES DE PERSONAL

Al determinar las necesidades de personal para servicios de planificacion familiar en las compañías, deben considerarse los siguientes factores:

- los objetivos y metas establecidos para los servicios;
- el modelo de entrega del servicio a utilizarse y la frecuencia de los servicios;
- la mezcla de metodos anticonceptivos a ser ofrecidos;
- la capacidad de los actuales proveedores de cuidados a la salud y el potencial para ser capacitados y recapacitados;
- el nivel de los esfuerzos de promoción de IE&C a realizarse;
- el numero estimado de empleados o cónyugues a ser vistos diariamente,
  - etapa inicial de puesta en marcha
  - en el momento de operacion completa

Usted o su personal de salud podrian querer visitar una clinica de planificación familiar similar a la que usted ha proyectado y observar tantas de las tareas en el sitio como sea posible En cada caso identifique quien realiza las tareas. Este preparado a hacer preguntas específicas acerca de quien hace que y con que frecuencia Trate de averiguar que clase de capacitación tiene el personal de la clínica y, si es posible, donde fueron capacitados. Esto puede ser de gran ayuda para determinar que necesidades de personal tendra usted en su empresa.

Una vez haya determinado cuales son sus necesidades de personal, usted querra desarrollar descripciones de tareas para cada nivel del personal.

Las descripciones de tareas son necesarias porque definen las áreas de responsabilidad y las tareas que han de realizarse Las descripciones de tareas tambien dan directrices respecto a las calificaciones deseadas para cada posicion.

Al desarrollar las descripciones de tareas para el personal de su servicio de planificacion familiar:

- primero enliste las tareas a realizarse para cada posición (algunas personas prefieren hacer esto en orden descendente de prioridades);

- haga una lista de los rasgos de personalidad que aumentarán la aceptación potencial de los servicios anticonceptivos a ofrecerse; y

- luego revise las dos listas y establezca las calificaciones necesarias para cada posición.

Las descripciones de tareas adjuntas para una enfermera/comadrona y un obstetra/ginecólogo consultor, fueron desarrolladas por el Enterprise Program para un programa de servicios de planificacion familiar individual con base en una compañía en Asia La enfermera/comadrona es responsable de las operaciones diarias de la clínica, el servicio a los pacientes, efectuar visitas domiciliarias cuando es apropiado y de llevar a cabo tareas de administracion, tales como el mantenimiento de los sistemas. Estas actividades estan dirigidas hacia la efectiva y eficaz organizacion y operacion de una clinica de planificacion familiar

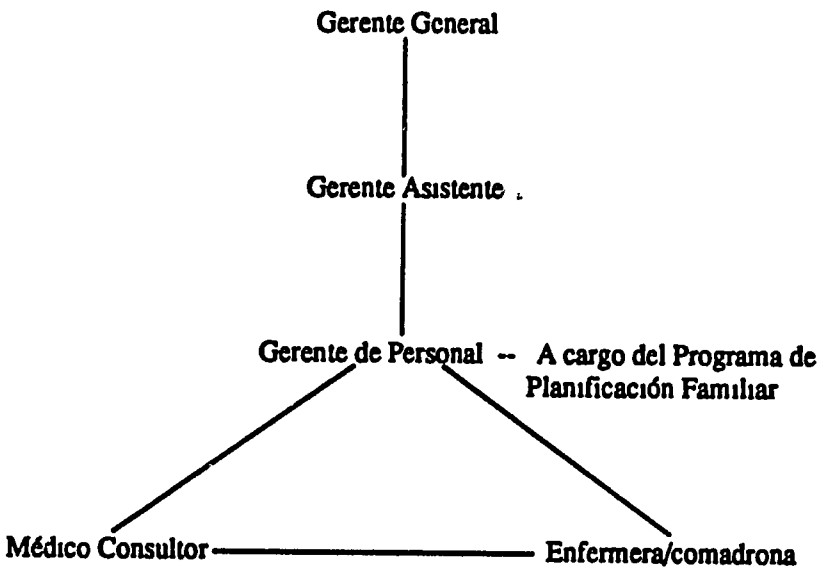
Ella desarrollara y pondra en practica un programa de motivacion de educacion de la salud y de planificacion familiar con la asistencia de los motivadores en la planta, el medico consultor y el Gerente de Personal. Las actividades de los motivadores en la planta son dirigidas y supervisadas por la enfermera/comadrona.

El medico consultor dara apoyo a la practica de la enfermera/comadrona, manejara todos los casos referidos por ella y asumira la responsabilidad de todas las practicas de enfermería/parto y médicas que se llevan a cabo en la clínica.

La enfermera/comadrona, y si fuera necesario, el medico consultor, tendra reuniones mensuales con el Gerente de Personal quien esta a cargo del programa de planificación familiar e informara del progreso de las actividades de planificacion familiar Ella le informará al Gerente de Personal acerca de los problemas, los asuntos y los impedimentos que puedan surgir en la entrega de servicios y ejecutara estrategias para superar los obstaculos para la entrega de servicios. Finalmente, la enfermera/comadrona coordinara todas las actividades de planificacion familiar en la fabrica de forma tal que el sistema funcione sin problemas y que ofrezca servicios de planificación familiar de alta calidad y asequible a los empleados y sus cónyugues.

El plan general de administración es como sigue

Plan de administración



3 Motivadores en la planta

Fuente· Enterprise Program, 1986

DESCRIPCION DE TAREAS: COMADRONA

La comadrona será responsable de las siguientes actividades:

- aconsejar y educar a la clientela sobre todas las opciones de anticonceptivos, el uso correcto de métodos para espaciar los nacimientos y de promoción de salud familiar;
- llevará a cabo exámenes físicos en relación con la anticoncepcion;
- proveerá los anticonceptivos de selección o lo referirá a la agencia apropiada;
- manejará los efectos secundarios comunes;
- referirá las complicaciones al medico consultor o al hospital;
- administrará la clinica de planificación familiar;
- mantendrá registros exactos, informes completos y organizara el equipo, los insumos y las facilidades;
- informará regularmente a la administración y al médico sobre las actividades de la clinica;
- llevará a efecto charlas educativas en la fábrica para motivar y reclutar nuevas aceptaciones y mantener a los usuarios continuos; y
- participará, según sea apropiado, en seminarios/talleres que promuevan el concepto de servicios de planificación familiar/salud familiar en las compañias.

<u>Calificaciones</u>

- comadrona registrada con certificado en planificación familiar de un colegio de capacitacion en planificación familiar oficialmente reconocido;
- experiencia técnica en la entrega de todos los aspectos de servicios clínicos de planificación familiar, incluyendo la insercion de DIUs y administración;
- compromiso en la promoción de servicios de planificación familiar en un entorno industrial; y
- experiencia en enfermería en salud publica y enseñanza, una calificacion adicional deseable.

Fuente: Enterprise Program, 1986

DESCRIPCION DE TAREAS: CONSULTOR OBSTETRA/GINECOLOGO

El consultor obstetra/ginecólogo será responsable de las siguientes actividades:

- asistirá a la administracion y a la comadrona en la toma de decisiones de politicas y de planificacion familiar, con fines de establecer protocolos para la practica que aseguren la seguridad y competencia en la entrega de los servicios;

- asumirá la responsabilidad total de la práctica de la comadrona y dara apoyo a sus servicios;

- manejará los clientes referidos a el por la comadrona y tomara la acción apropiada; y

- participara en seminarios/talleres que promuevan el concepto de servicios de planificación familiar/salud en las compañías

Calificaciones

- obstetra/ginecólogo registrado, con conocimientos y experiencia en la entrega de servicios clínicas de planificacion familiar;

- familiaridad con programas de planificación familiar instalados en la comunidad, y otros; y

- servir de enlace entre la administración y los sistemas de salud gubernamentales, segun sea apropiado para la exitosa operacion de la clinica de la compañia.

Fuente: Enterprise Program, 1986

PROYECTANDO LAS NECESIDADES DE INSUMOS

LISTA DE COMPROBACION PARA LA PLANIFICACION DE INSUMOS

Al planificar un suministro adecuado de insumos (píldoras, condones, DIUs, etc.) la administración y el personal de salud de la fábrica desearan:

1. Revisar los objetivos del programa

2. Determinar los objetivos del servicio a la luz de los objetivos del programa.

   - ¿Que porcentaje de la población es· mujeres en edad reproductiva? ¿Mujeres casadas (en union) de edad reproductiva?

   - ¿Cuál es el tamaño del area de servicio?

   - ¿Cual es la tasa de prevalecencia de anticoncepción?

3. Calcule la division de servicio·

   - Si no hay datos precisos disponibles, utilice una regla aproximada como (50% píldoras; 20% DIUs; 10% condones; 20% otros); o como en un pais en Asia, se utilizaron estadisticas nacionales para una mezcla de 1/3, 1/3, 1/3.

   - Lleve a cabo investigaciones sobre la aceptacion legal, cultural, religiosa, y social de varios métodos.

4. Calcule los insumos requeridos:

   - Recuerde la gama completa de consideraciones, incluyendo los requerimientos legales y los aspectos logísticos (ej. manteniendo lleno el "tren de suministros").

   - Calcule los requerimientos de anticonceptivos por fórmulas: (ej una aceptadora nueva de píldoras usa 6.5 ciclos en el primer año; una usuaria continua usa 13 ciclos al año; un nuevo aceptador de condones utiliza 72 en el primer año; un aceptador continuo utiliza 144 al año).

TOTALES

nuevas aceptadoras de PILDORAS X 6.5 ciclos =
más aceptadoras continuas de PILDORAS x 13 ciclos =) _____

nuevos aceptadores de CONDONES X 72 condones =
más aceptadores continuos de CONDONES X 144 condones =) _____

nuevas aceptadoras de ESPUMAS X 1 botella =
más aceptadoras continuas de ESPUMAS X 2.5 botellas =) _____

nuevas aceptadoras de GELATINAS X 3 tubos de gelatina =
más aceptadoras continuas de GELATINAS X 6 tubos =) _____

aceptadoras de DIUs (X 1)_____ =

aceptadoras de DIAFRAGMAS (X 1)_____ =

5. Determine el restante equipo, insumos y materiales necesarios:

   - ¿Se llevarán a cabo esterilizaciones? ¿Hombres y mujeres? ¿Cuáles procedimientos?

   - ¿Se requieren materiales de IE&C? (tópico, idioma, formato)

6. Identifique varias opciones para la compra de anticonceptivos (ej. determine la disponibilidad):

   - ¿Cuáles son las leyes relevantes (ej respecto a los insumos venta o donación de insumos)?

   - ¿Cuáles son las regulaciones aduanales e impuestos?

   - ¿Cuáles son las consideraciones de precio, recordando tanto los aspectos políticas como prácticos?

   - ¿Tiene el gobierno insumos anticonceptivos disponibles?

   - ¿Hay insumos disponibles a través de afiliaciones nacionales de planificación familiar?

   - ¿Qué otros canales existen para el suministro de anticonceptivos (ej. donantes extranjeros)?

- ¿Cuál es la disponibilidad de insumos en el mercado libre (Estados Unidos y en el país)?

- ¿Cuáles son las regulaciones respecto a los insumos suplidos por la AID (aprobaciones, procedimientos de exoneraciones)?

- ¿Qué otras consideraciones logísticas existen (requerimientos de almacenamiento/instalaciones existentes, procedimientos de control de inventarios)?

7. Determine los costos de los insumos y quien los pagara:

   - ¿Comprados localmente? ¿Importados? ¿Donados?

   - Costos de embarque.

   - Precios fijos, si se le cargara a los clientes.

Fuente: Enterprise Program, 1986.

LISTA DE MOBILIARIO Y EQUIPO CLINICO BASICOS

LISTA DE MOBILIARIO Y EQUIPO CLINICO BASICOS

El tipo de mobiliario y equipo, y la cantidad de insumos que se tienen a mano generalmente se determinarán por el numero de proveedores de servicios que usted tenga en el personal y los tipos de servicios de planificacion familiar que usted intente ofrecer. Deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:

- la cantidad de dinero en su presupuesto para equipo e insumos;
- la disponibilidad general de equipo e insumos (local e internacionalmente);
- la frecuencia con la cual se use el equipo;
- disponibilidad de instalaciones de almacenamiento;
- cantidad de tiempo requerido para ordenar y la entrega de equipo e insumos; y
- capacidades locales de mantenimiento.

Al preparar una lista de mobiliario y equipo clínico basicos, trate de obtener una lista de equipo e insumos de una clínica de planificación familiar similar a la que usted va a instalar.

Haga una lista de cada servicio que usted planifica ofrecer Bajo cada encabezamiento enliste el equipo específico que usted necesitará - así como los materiales gastables necesarios para la entrega de servicios (gasa, esparadrapo, bolas de algodon, desinfectantes, jeringuillas, etc.). Donde sea posible, incluya los precios.

Discuta su lista con alguien que esté dando un servicio similar o con individuos que trabajen para servicios gubernamentales. Luego, determine las cantidades que usted cree necesitará para comenzar.

LISTA DE MOBILIARIO BASICO

Se sugieren los siguientes muebles para una pequeña clínica de planificación familiar en el lugar:

- 2 escritorios
- sillas
- mesa
- gabinete de archivo para registros de clientes
- anaquel para almacenar insumos
- librero para materiales de IE&C
- gabinete para almacenar equipo y materiales
- pizarrón

LISTA DE EQUIPO CLINICO BASICO

La siguiente es una lista sugerida de equipo clínico básico. Recuerde que el numero de artículos está directamente relacionado con el nivel de servicios y el numero de clientes a servir. Esta lista asume que se ofrecera una gama completa de servicios, incluyendo inserciones de DIUs, en una fabrica con mas de 400 aceptadores potenciales en un período de dos años

- mesa de examen
- banquillo de examen
- basurero de pedal
- lámpara de angulo
- linterna mampara
- carros de instrumentos con ruedas (2)
- tensiometro con estetoscopio
- termometro
- balanza (kilogramos)
- esterilizador electrico (grande)
- estufa (gas o carbon)
- olla cubierta (grande)
- bandeja envase de desperdicios (grande)
- balde
- cuna
- caja archivo rotativo
- gabinete almacenamiento insumos
- lamina de goma
- almohada y funda (cubierta de almohada)
- sabanas lavables (6)
- batas lavables (6)
- toallas (2)
- espéculo vaginal (1 peq., 4 med., 1 gr.)
- fórceps para sujetar esponja, recto (9.5 pulgadas) (6)
- tenaza recta (9 5 pulgadas) (6)
- forceps para arterias, curvos (Bozeman-8.5 pulgadas) (6)
- sondas uterinas (12.5 pulgadas) (6)
- gancho para quitar DIUs (recuperación 10 pulgadas)
- forceps especial de boca de lagarto (8 pulgadas)
- tijeras curvas (8 pulgadas) (2)
- bandejas en forma de riñon (8 pulgadas) (2)
- recipientes grandes de acero inoxidable para forceps (2)
- fórceps grandes para levantar (cheattles) (2)
- recipientes grandes de acero inoxidable con tapas (4)

Fuente· Enterprise Program, 1986

DISEÑO CLINICO Y DIRECTRICES PARA INVENTARIAR Y ALMACENAR ANTICONCEPTIVOS

DISENO CLINICO E INVENTARIO Y ALMACENAMIENTO DE EXISTENCIA DE ANTICONCEPTIVOS

Al diseñar una clínica de planificación familiar para una empresa o en una plantación, la administración deseará considerar:

- el tamaño de la población a servir,
- el modelo de entrega de servicios a utilizar;
- la mezcla de servicios de planificación familiar a ser ofrecido en el emplazamiento; y
- el numero de proveedores de servicios de planificación familiar.

Si los servicios de planificación familiar han de integrarse a los servicios de salud existentes, debe dársele consideracion a maximizar las inversiones existentes a la vez de asegurarse que todas las instalaciones necesarias para la entrega eficiente y eficaz de los servicios de planificación familiar estén disponibles. (Los participantes en el taller querrán referirse a las varias preguntas presentadas durante la discusión de integración de servicios).

Los servicios de planificación familiar deben ofrecerse en instalaciones diseñadas considerando la clientela a la que se va a llegar y la mezcla de servicios a proveerse Ademas, las instalaciones deben tener fácil acceso y no amenazante a los clientes La planificación de servicios clínicos debe contemplar el flujo eficaz de pacientes, la privacidad de los usuarios de la clínica, así como su comodidad.

Los componentes físicos básicos de una clínica de planificacion familiar, incluyen:

1. un área de recepción de clientes;
2. un área para consultas privadas y charlas para grupos sobre el tema de salud;
3. habitacion(es) para examen(es) médicos;
4. un espacio de almacenamiento para los anticonceptivos;
5. un lugar para la limpieza y el almacenamiento de instrumentos y equipo;
6. instalaciones sanitarias; y
7. agua corriente.

En situaciones donde se llevarán a cabo procedimientos quirúrgicos, las instalaciones deben guardar conformidad con los estándares locales para tales instalaciones. También se necesitara construcción y equipo especial, si la clínica va a tener instalaciones de laboratorio. Si las actividades de IE&C y de promoción son parte de la funcion de la clínica, se necesitará un salón de reuniones con un area suficientemente amplia para acomodar a por lo menos 20 personas.

El área de recepción de clientes -- frecuentemente le da al cliente el primer contacto con los servicios de planificacion familiar y las primeras impresiones del cliente son extremadamente importantes. El area de recepcion debe ser suficientemente grande para acomodar a todos los visitantes, especialmente durante los períodos pico de servicio. Idealmente, el area de recepción debe contener un lugar para exhibir material de IE&C de manera permanente.

Un área para consultas privadas -- la utilizan los proveedores de servicios de planificacion familiar como un lugar para aconsejar o explicar tratamientos o procedimientos a los usuarios de la clinica Ya que estos intercambios tienden a ser de naturaleza confidencial, el area para consultas privadas debe ser un area especifica dentro de la clínica Si no hay lugar disponible para un area de consultas separadas, las consultas pueden proveerse en la privacidad de la sala de examen médico

Las salas de examen médico -- necesitan estar equipadas con iluminación apropiada, equipo apropiado, gabinetes de almacenamiento tanto para el equipo como los insumos anticonceptivos, y una mesa de examen. Una lista de equipo medico, acorde a la lista provista en una seccion anterior del manual, debe reflejar los tipos de servicios provistos y el numero de proveedores de servicios presente en la clínica a un mismo tiempo. Las salas de examen deben ser diseñadas manteniendo en mente la privacidad de los usuarios de la clínica

Las instalaciones de almacenamiento -- para los insumos anticonceptivos, son parte importante de las instalaciones de planificacion familiar en fabricas o en plantaciones. Las directrices de las próximas paginas deben ser de utilidad para diseñar procedimientos para el almacenamiento de insumos y para mantener los inventarios actualizados.

Las instalaciones de mayordomía -- son necesarias para limpiar el equipo de examen y para almacenar el equipo general de limpieza utilizado en el mantenimiento de la clinica. Debe hacerse alguna provision para la esterilizacion del equipo (autoclave o hervido).

REGISTROS DE INVENTARIOS

Sea que los insumos de su programa de planificación familiar fueran provistos directamente por el Enterprise Program, comprados con fondos del subproyecto del Enterprise Program, u obtenidos por otros medios, éstos son valiosos y deben ser bien administrados Debe tenerse cuidado de controlar su distribucion y de mantener registros de inventario apropiados. Se necesitan registros apropiados de inventario para poder pedir insumos adicionales a tiempo y asegurar una provision continua de artículos

CONTROL DE INVENTARIOS

Se utiliza una **Tarjeta de Control de Inventario (TCI)** individual, igual a la de la próxima página, para cada tipo o clase de artículo en el inventario. La TCI muestra toda la actividad del artículo dado. Debe llenarse como sigue:

1. Describir el artículo (tamaño, color, número de existencia, etc.).

2. Anotar donde está almacenado el artículo.

3. Indicar en la TCI el punto de compra de reposición del artículo. El punto de compra de reposición para anticonceptivos es normalmente cuando el nivel de inventario baja a una provisión para seis meses. Es necesario entonces ordenar provisiones adicionales.

4. Haga una entrada cronológica cada vez que algo se agrega o se saca de inventario. Anote la fecha y las cantidades de cada adición al inventario y de cada distribución del inventario.

5. Registre el balance a mano después de cada adición o distribución.

6. La información de las **Tarjetas de Control de Inventario** individuales se resume en el **Informe de Inventario** al final de cada mes.

El ejemplo en la siguiente página muestra una **Tarjeta de Control de Inventario** completada.

TARJETA DE CONTROL DE INVENTARIO

TARJETA DE CONTROL DE INVENTARIO

Artículo: _____

Lugar de Almacenaje: _____ Punto Nueva Compra: _____

Fecha	Cantidad Recibida en Inventario	Cantidad Sacada de Inventario	Balance

TARJETA DE CONTROL DE INVENTARIO

Artículo: Cordones lubricados / de cola 49 mm

Lugar de Almacenaje Repuesto clínica Punto Nueva Compra 6,000

Fecha	Cantidad Recibida en Inventario	Cantidad Sacada de Inventario	Balance
1/3/80	11,000		11,000
1/10/80		2,000	9,000
2/6/80		950	8,050
3/25/80		1,000	7,050
4/11/80		2,000	5,050
4/28/80	14,000		19,050

Fuente: Enterprise Program, 1986.

INFORME DE INVENTARIO

El **Informe de Inventario** es una compilación mensual de la información extraída de las **Tarjetas de Control de Inventario (TCI)**. Mientras que una TCI separada se utiliza para consignar toda la actividad de cada clase de artículo o parte de existencia, el **Informe de Inventario** resume la actividad de un mes de todos los artículos.

El **Registro de Inventario** debe llenarse al final de cada mes, en la siguiente forma:

1. Escriba el mes y el año cubierto por el informe.

2. Escriba el nombre y la dirección de la agencia o proyecto apoyado por el Enterprise Program.

3. Escriba el nombre de la persona que está llenando el informe y la fecha en la que se está preparando el informe.

4. Complete una línea del formulario para cada artículo diferente manejado por su programa. Por ejemplo, deben consignarse de manera individual condones de diferentes tamaños o píldoras de diferentes tipos.

5. Para cada artículo, consigne la cantidad a mano al inicio del mes cubierto por el informe.

6. Luego, consigne la cantidad total distribuída durante el mes. Esta cifra debe estar disponible de los registros de servicios (ej. diarios de la clínica, registros de distribución en la comunidad, etc.).

7. Si se reciben cualesquiera existencias durante el mes, consigne la cantidad en la columna intitulada "Cantidad Agregada al Inventario".

8. La "Cantidad a Mano (final del mes)" se calcula como "Cantidad a Mano (principio del mes)" menos la "Cantidad Distribuída" mas "Cantidad Agregada al Inventario". Esta cifra se arrastrará al Informe de Inventario del proximo mes como "Cantidad a Mano (principio del mes)".

   Estos cálculos se pueden hacer directamente de los registros de inventario, pero por lo menos una vez cada tres meses debe hacerse un conteo físico de inventario, para permitir la corrección de posibles errores en los registros.

9. La última columna, "Punto de Compra de Reposicion", se determina para cada artículo, conjuntamente por su agencia/proyecto y el Enterprise Program. Generalmente es una provisión de seis meses del artículo. El caer por debajo del punto de compra de reposición indica que es hora de pedir más de ese artículo.

Aquí hay un ejemplo de un Informe de Inventario completado:

Informe Mensual de Inventario del _____

Agencia: _____

_____

_____

_____

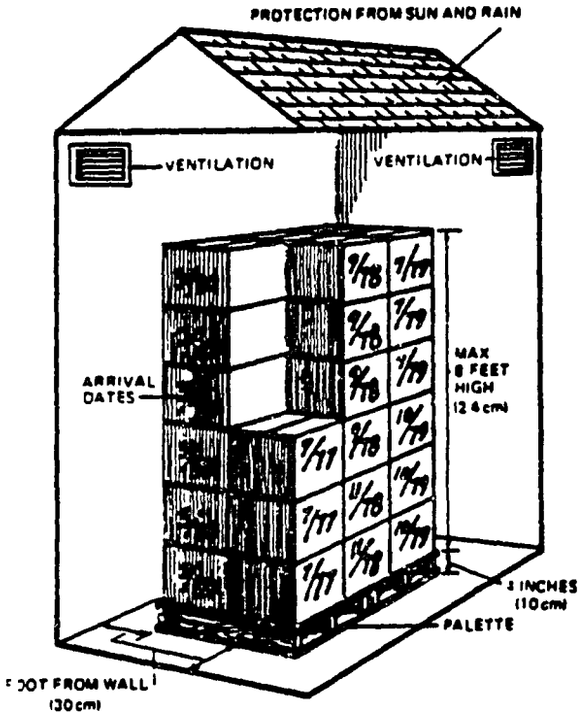
Nombre de la persona que prepara el informe: _____

Fecha: _____

Artículo	Cantidad a Mano (primero mes)	Cantidad Distribuída	Cantidad Agregada al Inventario	Cantidad a Mano (fin de mes)	Punto Nueva Compra
Condón 49mm	12,100	1,100	–	11,000	6,000
Nuvida 1/50	19,300	3,080	–	16,220	17,000
Condón 52mm	6,000	1,000	6,000	11,000	6,000

Fuente: Enterprise Program, 1986.

DIRECTRICES PARA EL ALMACENAMIENTO APROPIADO DE ANTICONCEPTIVOS



DIRECTRICES PARA EL ALMACENAMIENTO APROPIADO

1. Limpie la habitación y pinte las paredes de blanco.
2. Revise el techo para detectar filtraciones de agua.
3. No luz solar directamente sobre los insumos.
4. Almacen no sujeto a penetracion de agua
5. Insumos a ser apilados por lo menos a 4 pulgadas (10 cm) del piso (Haga base de madera o de acero)
6. Insumos a ser apilados por lo menos a 1 pie (30 cm) de las paredes
7. Separe las pilas asequibles para "lo primero que entra es lo primero que sale", conteo, y administración general
8. Pilas de no mas de 8 pies de altura (1.4 m).
9. Marcas de identificacion y otras etiquetas visibles.
10. Insumos a ser entregados por carton o lote de cajas, si es posible.
11. Bien ventilado
12. Bien iluminado.
13. Extinguidores de fuego no bloqueados
14. Vacunas y sueros deben ser almacenados en refrigerador.
15. Archivos viejos, material de informacion, artículos de oficina, etc., deben ser almacenados separadamente.
16. Insecticidas y otros productos quimicos no deben almacenarse juntos con los anticonceptivos y articulos medicos
17. Almacen a ser desinfectado contra insectos cada tres meses.
18. Articulos dañados y condenados a ser separados y botados sin demora.
19. Las llaves del almacen deben estar disponibles en todo momento.
20. Limpieza diaria del almacen.

Fuente: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa, 1983.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS Y EVALUACION

SUPERVISANDO PROGRESO REAL VERSUS PROGRESO PROYECTADO

Es importante supervisar el progreso "real" versus el "proyectado" de los servicios de planificacion en la compañía. Para hacer esto, debe acopiarse una gama de información basica. Estos datos incluyen·

1. número proyectado de aceptadores

2. número de aceptadores de planificación familiar

3. tipo de aceptador de planificación familiar

   - nuevo aceptador (usuario por primera vez)
   - aceptador previo (lo ha usado en el pasado pero no actualmente)
   - aceptador de transferencia (previamente utilizaba otra fuente)
   - aceptador continuo (aceptadores nuevos o de transferencia, que renueva)

4. características del aceptador

   - sexo
   - edad
   - paridad
   - nivel educativo
   - estado civil

5. mezcla de métodos seleccionada

6. tiempo que ha estado usando los servicios

   - tiempo de inicio
   - tiempo de cese

Las tasas de prevalecencia y las tasas de cese pueden ser calculadas de estos datos. La mayoría de los datos pueden extraerse de los registros de pacientes, registros diarios y formularios de entrada.

(Además de los formularios provistos en esta sección, los capacitadores deben recoger muestras de registros de pacientes, registros diarios, etc. de programas locales o nacionales y compartirlos con los participantes.)

Las tasas de prevalecencia servicios de planificacion familiar recientemente establecidos en compañías, deben compararse periódicamente con los datos nacionales de prevalecencia y encuestas de fertilidad, así como con datos de otros servicios de planificacion nacionales o privados.

Ahora, vamos a mirar los tres formularios de muestra.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS Y EVALUACION

Esta sección del manual incluye sistemas/formularios de antenimiento de registros desarrollados para el uso en programas de planificacion familiar en las compañías. Estos formularios fueron desarrollados para su uso en subproyectos del Enterprise Program y ofrecen informacion util a los administradores que son también proveedores de servicios. Los formularios son.

Formulario A -- registro de cliente muestra

Formulario B -- un sistema de registro/informe de la clínica para uso en la supervisión de clínicas de subproyectos (sistema de redacción única).

Formulario C -- Informe Trimestral del Enterprise Program

Aun cuando estos formularios pueden exceder su necesidad de registro de clientes y registros/informes, usted puede encontrarlos útiles para desarrollar un sistema de mantenimiento de registros. O también es posible que a usted se le requiera que utilice sistemas de registro de planificacion familiar del gobierno nacional.

Antes de mirar los formularios, primero miremos el tipo de informacion que usted necesitara para medir el impacto/nivel de uso de los servicios que usted quiere establecer.

Registro de clientes de planificacion familiar

Los puntos contenidos en el registro de planificación familiar (Formulario A) se delinean brevemente en las siguientes páginas.

Después de completar esta sección, los participantes en el taller:

1. comprenderán mejor la necesidad de acopiar y registrar adecuadamente los datos médicos de sus clientes;

2. podran diseñar su propio registro de clientes de planificación familiar, si no existe alguno; o

3. podrán modificar sus registros existentes, si éstos están incompletos o son inadecuados.

Decidiendo que incluir en su registro de clientes de planificacion familiar

Todos estan de acuerdo en que es indispensable la evaluacion del estado de salud de un potencial aceptador de planificación familiar y el debido registro, pero el contenido -- los datos a obtener -- y el formato del registro se debaten acaloradamente Por ejemplo, en la mayoría de los países desarrollados se requieren un historial medico completo, un examen físico (incluyendo examen pelvico), y pruebas de laboratorio, tales como hemoglobina, GC, VDRL y Papanicolaou, antes de proveer servicios. Sin embargo, en muchas partes del mundo, la

mayoría de los métodos actualmente disponibles para espaciar los nacimientos, tales como los condones, los espermicidas vaginales, los anticonceptivos orales (AOs) y los inyectables, han sido provistos con seguridad a millones de aceptadores con un mínimo de datos de salud registrados y sin examen físico o estudios de laboratorio De esta forma, el tipo de sistema de registro de clientes requerido por cada subproyecto de Enterprise, dependera de las practicas de salud locales y de las regulaciones gubernamentales, así como de otros factores

Al no haber un registro "ideal" de cliente de planificacion familiar, los puntos incluídos en el registro de muestra (Formulario A) no son ni mandatorios ni lo incluyen todo. Cada subproyecto de Enterprise tendra que decidir que incluir. Esta decision dependerá de una serie de factores tales como la edad y el sexo de la poblacion objetivo del subproyecto (mujeres solamente, hombres solamente, o ambos); el tipo de sistema de entrega (servicios en la clinica versus programas de distribucion comunitarios o comerciales); y mas importante aun, el tipo de servicios provisto (ej todos los metodos incluyendo DIUs, y esterilizacion versus servicios limitados a condones, espermicidas y AOs)

[NOTA PARA EL CAPACITADOR: Al discutir las muestras de registros (Formulario A), refiérase al material incluído en el Material de distribución A "Listado de puntos a ser incluídos en un registro completo de clientes de planificacion familiar".]

La muestra de Registro de Clientes de Planificacion Familiar (Formulario A) fue desarrollado por el personal del Enterprise Program. Los puntos seleccionados son aquellos que la mayoria de los proveedores de servicios de salud consideran deben ser incluidos en un registro completo de planificación familiar El material incluido en el listado (Material de distribucion A) y la muestra de registro (Formulario A), juntos, dan un marco para el desarrollo de un sistema de registro en un subproyecto Cada subproyecto puede modificar la muestra de registro para cumplir con los requerimientos locales existentes respecto a información de salud y de planificacion familiar.

Se recomienda utilizar el sistema de registro de planificacion familiar de cada país, si este existe. Sin embargo, estos sistemas existentes de registro pueden necesitar ser modificados (o extendidos) para asegurar que los datos acopiados sean adecuados. Solo en esta forma cada clínica de subproyecto puede estar segura que los clientes en potencia estan recibiendo servicios de planificacion familiar seguros, efectivos y apropiados, adaptados a sus necesidades individuales. En caso que los subproyectos necesiten ayuda al tratar de diseñar un nuevo registro de clientes o al modificar los existentes, el personal del Enterprise Program puede ofrecer asistencia técnica.

Procedimiento para acopiar y registrar los datos de salud de los clientes

Todos los clientes de planificación familiar deben tener un registro de salud. En la primera visita, debe completarse el registro en su totalidad. Esta información es requerida tanto por el cliente como por el proveedor de salud, para tomar una decision efectiva e informada sobre el método para espaciar nacimientos que él/ella pueda usar con seguridad Un practicante experimentado de planificacion familiar (medico o enfermera) puede completar esta actividad para un cliente nuevo en aproximadamente veinte minutos Como alternativa, un asistente entrenado puede obtener los datos del historial (Secciones I-III, Material de distribucion A y Formulario A) y un practicante de la salud puede entonces efectuar el examen fisico, ayudar al cliente en la selección del metodo apropiado, e instruir a el/ella respecto a su uso correcto

Las categorias en las cuales ha de acopiarse y registrarse informacion (Formulario A), incluyen las siguientes·

- Datos de identificación del cliente: nombre, direccion, etc.

- Datos demográficos: edad, numero de hijos vivos, estado civil, y datos de KAP, tales como uso anterior de planificación familiar y el deseo de tener mas niños en el futuro

- Datos de salud reproductiva: historial de embarazo, menstrual, ginecologico y sexual

- Datos medicos generales: cardiovascular, neurovascular, pulmonar, renal, alergias y medicamentos actuales, etc.

- Historial familiar: diabetes, hipertensión, cáncer en el seno o en el tracto genital, etc.

Un sistema de numeración de clientes u otro medio similar de identificar de forma anonima a cada cliente, debe ser diseñado por cada subproyecto. Además, se les debe informar a los clientes que la informacion que aparece en sus registros es confidencial y que NO sera entregada sin previo consentimiento.

En circunstancias ideales, debe efectuarse un examen fisico completo a todas las mujeres clientes y a todos los hombres clientes que solicitan anticoncepcion permanente (vasectomía) Por muchas razones, ej. religiosas, sociales, economicas, a menudo esto no es posible. Con seguridad, debe practicarse un examen pelvico completo a todas las mujeres a quienes se les ha de insertar un DIU, y, para aquellas mujeres que soliciten esterilización, es mandatorio un examen físico completo, incluyendo un examen pelvico.

Ya que es importante la detección de lesiones (cancer) en el seno, a las clientas se les debe enseñar a efectuar el autoexamen de los senos (AES), siempre y donde que sea posible. La tecnica es facil de aprender, sencilla de enseñar y no requiere equipo alguno.

Las investigaciones de laboratorio pueden llevarse a efecto si hay instalaciones disponibles. Rara vez es necesario efectuar pruebas sofisticadas (caras) de laboratorio a los clientes que solicitan métodos para espaciar los nacimientos. Como minimo (y donde este disponible), todas las clientes mujeres deben hacerse un urianalisis (azucar y proteina) y un hematocrito o hemoglobina Si esta disponible la prueba de Papanicolaou, esta tambien se indica Si se sospecha una infeccion vaginal, un preparado mojado, en busqueda de levadura, tricomonas o gardnerela es facil de efectuar -- siempre que se tenga un microscopio a mano. Las pruebas para detectar otras enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) son generalmente demasiado caras para tener efectividad de costos en la mayoría de los paises menos desarrollados (PMD).

Cuando los clientes de planificacion familiar continuos regresan para sus visitas regulares programadas, deben registrarse los datos basicos, ej. ultimo período menstrual (UPM), peso y presion arterial (PA), y cualesquiera problemas, efectos colaterales o complicaciones del método que esta utilizando el cliente Es extremadamente importante que todas las usuarias de DIUs sean cuestionadas rutinariamente acerca de síntomas que sugieran la presencia de una infeccion pelvica. Estas tambien deben ser revisadas periodicamente para detectar sensibilidad abdominal/pelvica. El acopio y registro a conciencia de esta informacion ayudara a asegurar la entrega de servicios de alta calidad y seguros a todos los clientes

Para propositos logisticos es necesario anotar la cantidad de insumos provistos a clientes que usan condones, espermicidas vaginales o AOs. Además, cada subproyecto debe desarrollar un plan para manejar a los clientes que no cumplen con sus citas le retorno Hay varios sistemas disponibles, tales como un sistema le archivo "rotativo", contactos telefónicos o de alcance (en la casa o el trabajo). A menos que los clientes continúen utilizando sus metodos para espaciar los nacimientos en forma regular, no se puede esperar exito en la prevención de embarazos no deseados.

Todos los clientes que vienen a la clínica y desean planificacion familiar, deben poder recibir algun tipo de método para espaciar los nacimientos en su primera visita. Aun cuando el metodo que escojan no puede ser iniciado en su primera visita, no se les debe decir que vuelvan el próximo mes para insertarles su DIU o para que comiencen a tomar AOs. A los clientes en esta situacion se les debe ofrecer un metodo de barrera, un espermicida vaginal, o al menos consejo de abstenerse o utilizar un metodo tradicional hasta que puedan comenzar a tomar los AOs o se les inserte un DIU.

Nuevamente, el Enterprise Program puede proveer asistencia a los subproyectos respecto al proposito y el uso correcto del Registro de Clientes de Planificación Familiar (Formulario A).

LISTA DE PUNTOS A SER INCLUIDOS EN UN REGISTRO COMPLETO DE CLIENTES DE PLANIFICACION FAMILIAR

I. DATOS DEL CLIENTE

A. IDENTIFICACION

FECHA: Registre la fecha en la cual se vió al cliente.

NOMBRE Y DIRECCION DEL CLIENTE: Registre el nombre del cliente y una direccion suficiente para seguimiento, si es que esa informacion no esta ya incluída en el sistema de registros de empleados o en el registro de salud general Usted debe asegurarle al cliente que esta informacion se utilizara SOLAMENTE para contactarlo en el caso que el/ella falten a la siguiente cita de regreso, y que ese contacto se hara DISCRETAMENTE Si el cliente prefiere no ser contactado, usted no debe hacerlo; tal informacion debe ser registrada en el registro de planificacion familiar del cliente

NUMERO DEL CLIENTE· Registre el numero de paciente del cliente del sistema de registro de empleados para que usted pueda buscar su registro completo cuando sea necesario. Si usted ya no tiene ese sistema de numeración, el personal del Enterprise Program puede ayudarle a decidir como establecerlo.

PERSONA DE CONTACTO· En el caso de emergencia y para propositos de alcance, es util tener el nombre y la direccion del pariente mas cercano y/o amigo del cliente Debe asegurarse al cliente que esta(s) persona(s) seria(n) contactada(s) solamente con su permiso.

FUENTE(S) DE CUIDADO MEDICO. Si el cliente está recibiendo o ha recibido cuidados medicos de otras clínicas de salud, esta información puede ser de utilidad para facilitar el cuidado de planificacion familiar.

B. INFORMACION DEMOGRAFICA

EDAD: Registre la edad del cliente EN ANOS COMPLETOS solamente

EDUCACION· Registre el numero total de años de educacion escolar ANOS COMPLETOS solamente.

USO LOCAL: Debe dejarse espacio para puntos que los subproyectos individuales puedan querer recopilar (ej estado civil, ocupación, raza, religion, fuente de referencia, etc.).

II. DATOS DE SALUD REPRODUCTIVA

A. HISTORIAL DE PLANIFICACION FAMILIAR: Registre la informacion pertinente a:

Uso anterior de método para espaciar nacimientos (y fuente)

Metodo actual y tiempo de uso

Uso de metodos tradicionales, incluyendo la lactancia materna

Deseo de tener más hijos: si es afirmativo, el numero

B. HISTORIAL DE EMBARAZOS: Registre la información pertinente a.

Número y resultado de embarazos

Numero de hijos vivos

Fecha en la cual termino el ultimo embarazo

Resultado del ultimo embarazo

Complicaciones de cualquier embarazo (ej ectópico[2], cesarea, perforacion o ruptura del utero[2], toxemia, anormalidad genética, hictericia durante el embarazo[1], etc.) o aborto

Embarazada ahora o sospecha de embarazo

Lactando ahora[1]

Problema de fertilidad conocido o sospechado

C. HISTORIAL DE MENSTRUACION: Registre la información pertinente a:

Fecha del UPM (por día/mes si se conoce)

Edad del inicio de la menstruación (por ANOS COMPLETOS)

Tipo de menstruación:

- intervalo: por días, si se concoce, o estimando el número de semanas desde el inicio de una menstruación al primer día de la proxima)
- frecuencia: regular si el intervalo entre las menstruaciones es >24 dias y <35 días; amenorrea si el intervalo es >6 meses
- duración: numero de días de la menstruacion
- cantidad: escasa/normal/fuerte, ± coagulos
- incomodidad: ± fuertes calambres

Sangradura genital anormal no diagnosticado: especifique el tipo y el lugar[1,2]

D. HISTORIAL GINECOLOGICO. Registre la información pertinente a:

Enfermedad del seno: Si es maligna[1]

Enfermedad de los ovarios: Quiste/tumor (si es maligno[1])

Enfermedad uterina: Fibromiomata[1,2], malignidad de la cervix o del endometrio[1,2]

Infección pelvica· Si es positivo[2]

Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS): Gonorrea[2], clamidia[2], micoplasma[2], herpes, SIDA, sífilis, etc.

Cervicitis: Solamente si la prueba de Papanicolau es anormal[1,2]

Vaginitis: Levadura, tricomonas, gardnerela, etc.[2]

Exposicion al DES y encuentros físicos: Si positivo[1,2]

E. HISTORIAL SEXUAL· Registre la información pertinente a·

Edad del primer coito

Frecuencia del coito

Numero de parejas sexuales

Problemas tales como infertilidad, impotencia, vaginismo, dispareunia, etc.

Posible riesgo aumentado de complicación o contraindicación conocida si se recomienda este método:

[1]Combinación AOs (estrogeno/progestina); menor riesgo con progestina solamente o inyectables (DMPA o NORPLANT[R])

[2]DIU (evalúe y corrija la condición antes de la inserción)

[3]Métodos de barrera (condón, diafragma o cápsula cervical)

[4]Espermicidas vaginales

[5]Lactancia, métodos tradicionales o abstinencia periódica (planificación familiar natural)

III. DATOS MEDICOS GENERALES

A. HISTORIAL MEDICO: Registre la información pertinente a:

Enfermedad cardiovascular: enfermedad de la coronaria, hipertensión, hemiplejía, tromboflebitis, varices, ataques de apoplejía, migraña[1,6]

Enfermedad renal: Benigna (cronica)[1,2,6]

Enfermedad del pulmón: Benigna (ej. asma, bronquitis crónica, o enfisema, etc.[6])

Enfermedad del hígado: Tumores benignos o malignos, si se desarrollan durante el uso de AOs u otro producto que contiene estrogenos; funcionamiento defectuoso del riñon, hepatitis aguda o cronica[1]

Enfermedad de la vejiga[1]

Diabetes[1]

Obesidad: Si el cliente tiene >25% más del peso corporal ideal, los AOs deben ser utilizados con precaución

Fumador: 35 años de edad o mayor y actualmente muy fumador (15 o más cigarrillos diarios)[1]

Depresión psíquica[1]

Anemia: Todos los tipos[2,6]; celulas falciformes, o deficiencia de los folatos[1]

Posible riesgo aumentado de complicación o contraindicación conocida si se recomienda este método:

[1]Combinación AOs (estrógeno/progestina); menor riesgo con progestina solamente o inyectables (DMPA o NORPLANT[R])

[2]DIU (evalúe y corrija la condición antes de la inserción)

[3]Métodos de barrera (condón, diafragma o cápsula cervical)

[4]Espermicidas vaginales

[5]Lactancia, métodos tradicionales o abstinencia periódica (planificación familiar natural)

[6]Esterilización femenina (evalue y corrija la condición antes de la cirugía)

Problema de drogas o de alcohol

Estatus de inmunizacion· Marque las siguientes· revacunación/DT (fecha), revacunación/OPV (fecha), rubeola, si está disponible, prueba de tbc (fecha, resultado). También marque el estatus de inmunizaciones de los hijos del cliente.

Cirugía: Tipo y fecha

Alergia a medicamentos: Especifique (ej. antibióticos, anestésicos locales[6], etc.)

Medicamentos (actual): Los sedantes, antibióticos y medicamentos para ataques de apoplejía todos alteran el metabolismo de los AOs y disminuyen su efectividad.

B. HISTORIAL FAMILIAR: Registre la información pertinente a:

Diabetes[1] (padres/hermanos/as). El cliente tiene un riesgo aumentado de desarrollar diabetes o de ser prediabetico.

Ataque al corazon/hemiplejía temprana en padres (menos de

Hipertensión[1]

Cáncer en el seno (madre/tías y hermanos/as): Mayor riesgo para el cliente.

Defectos congénitos (padres, hermanos/as e hijos/as)

Cancer: Especifique el sitio (órgano) si se conoce.

Posible riesgo aumentado de complicación o contraindicación conocida si se recomienda este método:

[1]Combinación AOs (estrógeno/progestina); menor riesgo con progestina solamente o inyectables (DMPA o NORPLANT[R])

[2]DIU (evalúe y corrija la condición antes de la inserción)

[3]Métodos de barrera (condon, diafragma o cápsula cervical)

[4]Espermicidas vaginales

[5]Lactancia, métodos tradicionales o abstinencia periódica (planificacion familiar natural)

[6]Esterilización femenina (evalúe y corrija la condición antes de la cirugía)

IV. DATOS DEL EXAMEN FISICO

Primera visita y visitas anuales: Examen físico completo, incluyendo examen pelvico e instrucción sobre autoexamen de los senos (AES)

Visita de seguimiento: Como se indica

NOTA: Los examenes físicos pueden ser omitidos si la clínica no está utilizando DIUs o efectuando esterilizaciones y el historial de datos es negativo (normal). Vea las políticas locales de salud en la planificación familiar.

V. DATOS DE LABORATORIO

Importante:

Urianalisis (azúcar/proteína): Detección de diabetes, enfermedad renal e infección del tracto urinario

Hematocrito/Hemoglobina: Detección de anemia

Preparación en fresco Deteccion de vaginitis causada por tricomonas, levadura o gardnerela

Menos importante y/o más caro/difícil.

Papanicolau. Deteccion de cancer genital (cervical)

Pruebas ETS: VDRL (serología), GC, clamidia y micoplasma

VI. RESULTADO Y PLAN

Diagnóstico (si se notan condiciones patológicas)

Tipo de método provisto para espaciar los nacimientos: Si se le dan al cliente AOs, condones o espermicidas vaginales, especifique la cantidad.

Referencia médica (ej. para esterilización, planificacion familiar natural, asesoría, etc.)

Cita de regreso: Escriba la FECHA en la cual el cliente esta supuesto a venir nuevamente a la clínica. Normalmente, las visitas de seguimiento seran para reaprovisionamiento de anticonceptivos. La fecha seleccionada debe permitir unas cuantas semanas adicionales en caso de que el cliente tenga dificultades para cumplir con su cita Por ejemplo, si le da a un paciente de AOs tres ciclos de píldoras, escriba una fecha dos meses y medio en el futuro, si le da a un hombre suficientes condones para dos meses, seleccione la fecha de la proxima cita cinco o seis semanas en el futuro Para los clientes referidos para esterilizacion o planificacion familiar natural, debe darse una cita futura de seguimiento para verificar que todo esta bien.

Para clientes que NO quieren ser contactados para seguimiento, escriba "NC" o ponga ("--") para la proxima fecha de cita.

Entrevista de fin de visita: Si se lleva a cabo la entrevista de salida, resuma el resultado de la visita. Ejemplos:

- asistio a una charla/demostración
- se dio consejo sobre métodos para espaciar los nacimientos
- se le enseño el autoexamen de los senos (AES)
- formularios de consentimiento firmados: DIUs, esterilizacion, información de dar de alta al paciente, etc)
- se le dio informacion de emergencia

FORMULARIO A: MUESTRA DE REGISTRO DE CLIENTE DE PLANIFICACION FAMILIAR

THE ENTERPRISE PROGRAM
ARLINGTON, VA

REGISTRO DE CLIENTE DE PLANIFICACION FAMILIAR

I. DATOS DEL CLIENTE

A. IDENTIFICACION

Cliente No. _____

Fecha _____
(Día Mes Año)

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección _____
(O explicaciones como llegar a la casa/trabajo)

_____

_____

Teléfono: _____ (Oficina) _____ (Trabajo)

¿Puede contactar para seguimiento? ___ Sí ___ No ___ Cuidado

Pariente/Amigo más cercano

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

_____

Fuentes de cuidado médico _____

_____

Razón de la visita _____

_____

_____

B. INFORMACION DEMOGRAFICA

Edad _____ (Años completos) Estado Civil S C V S/D (Marque una)

Idioma _____ Educación _____ (Años completos)

Escuela/Ocupación _____

Otros _____

_____

II. DATOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

A. HISTORIAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

PF anterior ___ No
Método ___ Sí _____ (Especifique el último método)

Utilizando FP ___ No
Método ahora ___ Sí _____ (Especifique el método y meses/años)

Actualmente ___ No Cuánto
Lactando ___ Sí tiempo _____ (Mes _____ Año)

Desea más hijos ___ Sí (Cuántos) _____
en el futuro ___ No ___ Ouizas

_____

B. HISTORIAL DE EMBARAZOS

Número de
embarazos _____ LB _____ SBs _____ Abs

Número de
hijos vivos ___ ___ Fecha en que terminó
el último embarazo _____ (Mes _____ Año)

Resultado
último embarazo LB _____ SBs _____ ABs _____

Complicación en embarazo o aborto

Ectópico _____ Cesarea _____ Toxemia _____
Nacimiento Postparto Uterino
Defecto _____ Infección _____ Perforación _____

Otros _____

_____

C. HISTORIAL DE MENSTRUACION

Edad de inicio _____ (Años completos)

LMP _____ _____ _____ (Día Mes Año)

Ciclo Longitud
____ <23 días
____ >24 pero <35
____ >36 días
____ >6 meses (Amenorrea)

Ciclos _____ regular
_____ irregular

Días de flujo _____

Cantidad de flujo P N M (Marque uno)

Molestias con períodos ___ No ___ Sí: Livianas Moderadas Severas (Marque uno)

Sangradura anormal ___ No ___ Sí (Especifique) _____

_____

D. HISTORIAL GINECOLOGICO (Si es SI, explique)

Infección ____ No ____ Sí ____ Ahora

____ Infección pélvica
____ Endometritis
____ Vaginitis
____ Cervicitis
____ STD/VD

Tumor/quiste: ____ No ____Sí ____Ahora

____ Seno ____ Ovario ____ Utero ____ Cervix

Papanicolau anormal: ____ No ____ Sí ____ Ahora

Comentarios:

_____

E. HISTORIAL SEXUAL

Edad primer coito _____ (Años)

Problemas _____

_____

Infertilidad ____ No ____Sí (Especifique)

III. DATOS MEDICOS GENERALES

A. HISTORIAL MEDICO (SI es Sí, explique)

Desórden vascular: ____ No ____ Sí ____ Ahora

____ Corazón ____ Hemiplejía ____ Alta PA ____ Diabetes
____ Tromboflebitis ____ Migraña ____ Ataques

Desórden sistémico: ____ No ____ Sí ____ Ahora

____ Riñón ____ Pulmon ____ Hígado/Hictericia ____ GB
____ Anemia ____ Obesidad ____ Fumador
____ Abuso drogas/alcohol (No. de cigarrillos día ____)

Cáncer: ____ No ____ Sí ____ Ahora

____ Riñón ____ Pulmón ____ Hígado ____ Cerebro

____ Organos reproductores (Especifique) _____

____ Otro (Especifique) _____

Alergia: ____ No ____Sí (Especifique) _____

Inmunización:

Cliente ____ No ____ Sí (Especifique) _____

Hijos ____ No ____ Sí (Especifique) _____

_____

Cirugía: ____ No ____Sí _____
(Tipo/Fecha)

Comentarios:

_____

B. HISTORIAL FAMILIAR

Diabetes en Padres/Hermanos/as ____ No ____ Sí
Ataque cardíaco /Hemiplegia, Padres más <50 ____ No ____ Sí
Hipertensión ____ No ____ Sí
Cancer del seno, Madre/Tías/Hermanas ____ No ____ Sí

IV. DATOS EXAMEN FISICO

Altura: _____ Peso: _____ BP: _____ Temp: _____

Sistema	Normal	Otro	Describa
Tiroide			
Corazón			
Pulmones			
Senos			
Abdómen			
Perineo			
CX/Vagina			
Utero			
Anexos			
Recto			

Otros sistemas (Especifique) _____

_____

Comentarios:

_____

Cita de regreso _____ _____ _____ Refiera _____
(Día Mes Año)

Firma del clínico _____

V. DATOS DE LABORATORIO

Orina _____ Hct/Hgb _____

Papanicolau _____ Otro _____

VI. RESULTADO Y PLAN

Método provisto _____ Aprendió AES _____
(Tipo y cantidad)

Se le dió consejo e información sobre método de PF _____

283

SEGUIMIENTO DE CLIENTE DE PLANIFICACION FAMILIAR

Nombre _____

Número cliente _____

FECHA	CAMBIO MODO	MODO PROVISTO (cantidad)	LMP	WT	BP	COMENTARIOS, OBSERVACIONES, TRATAMIENTO, ETC	FECHA PROXIMA VISITA

REGISTROS CLINICOS Y FORMULARIOS DE INFORMES

Las siguientes páginas documentan un sistema sencillo de registro e informes clínicos, a ser utilizado por los proyectos del Enterprise Program que no tienen un sistema de administración de la clínica establecido para mantener un control del trabajo realizado, de los anticonceptivos distribuidos, y el seguimiento de los clientes de planificación familiar Todos los registros se hacen en un sistema de redacción unica, que automaticamente produce dos talones que pueden usarse para el seguimiento de clientes que son USUARIOS CONTINUOS. Pueden utilizarse coteos sencillos de la Hoja de Registro Diario para preparar informes de administracion mensuales o trimestrales para ser usados tanto por los administradores de clínicas como por el equipo de personal de evaluación del Enterprise Program.

Cada componente de este sistema de registro e informe se discute a su vez más adelante.

HOJA DE REGISTRO DIARIO SISTEMA DE REDACCION UNICA

La Hoja de Registro Diario de Redaccion Unica es el formulario básico utilizado para mantener el control del trabajo llevado a cabo, de los anticonceptivos distribuidos a los ACEPTADORES del programa, y del seguimiento a los clientes que son USUARIOS CONTINUOS El sistema se llama así porque esta diseñado en forma tal que cada dato necesita ser escrito una sola vez El sistema consiste en un tablero con ganchos con pequeños ganchos en el lado izquierdo, una Hoja de Registro Diario grande que encaja en los ganchos, y una serie de pares de pequeñas Hojas de Visita de Repetición que encaja en los ganchos encima de la Hoja de Registro Diario Las Hojas de Visita de Repeticion tienen carbon en el reverso y se colocan sobre los alfileres para que al usted escribir, automaticamente se completa un par de Hojas de Visita de Repetición y una línea de la Hoja de Registro a la vez. El Enterprise Program puede proveer asistencia técnica y todos los insumos necesarios para diseñar y establecer un Sistema de Redacción Unica.

Usted debe completar una línea de la Hoja de Registro (y un par de Hojas de Visita de Repetición al mismo tiempo) para cada cliente que es visto en su clínica de planificación familiar, DECIDA el cliente O NO tomar un método anticonceptivo. Usted también debe completar una línea cuando distribuye CONDONES segun se discute mas adelante. Cada Hoja de Registro tiene espacio abajo para sumar todas las cifras en la pagina. Usted debe utilizar un BOLIGRAFO al registrar los datos en el Sistema de Redaccion Unica, ya que esta haciendo multiples copias a la vez Utilice tantas Hojas de Registro como Hojas de Visita de Repeticion como necesite cada mes para registrar todos sus clientes; cuando una hoja esta llena, sencillamente continue con otra. Sin embargo, al principio de cada mes usted debe comenzar una Hoja de Registro nueva. NO registre las actividades de dos meses en una sola hoja.

Las instrucciones para completar cada línea de la Hoja de Registro Diario de Redacción Unica, son como sigue:

FECHA: Registre la fecha en la cual se vió al cliente, o utilice comillas (") cuando se ven varios clientes en el mismo dia.

NUMERO DEL CLIENTE: Registre el numero de paciente del cliente de su sistema de registro medico o de empleados, para poder referirse a sus registros completos más adelante si es necesario.

Si usted no tiene ese sistema de numeración ya establecido, Enterprise le puede ayudar a decidir como establecer uno.

NOMBRE Y DIRECCION DEL CLIENTE: Registre el nombre del cliente y una dirección suficiente para su seguimiento, si esa informacion no esta ya incluída en su registro médico. Debe asegurarle al cliente que esta informacion sera utilizada SOLAMENTE para ponerse en contacto con él/ella en el caso que falte a su proxima cita, y que dicho contacto se hara DISCRETAMENTE. Naturalmente, si el cliente prefiere no ser contactado, usted no debe hacerlo· tal informacion puede ser registrada en la seccion de NOTAS/COMENTARIOS de la Hoja de Registro Diario, y tambien debe ser escrita en el registro medico del cliente, si es que usted mantiene uno.

FECHA DE LA PROXIMA CITA: Escriba la fecha en la cual se supone que el cliente vuelva a la clínica nuevamente Normalmente, las siguientes visitas seran para el reaprovisionamiento de anticonceptivos, y usted debe escribir una fecha que de algunas semanas adicionales en caso de que el cliente tenga problemas para mantener su cita Por ejemplo, si usted le da a un cliente de píldoras tres ciclos de píldoras, escriba una fecha dos meses y medio en el futuro Si usted le da a un hombre condones suficientes para dos meses, escriba una fecha de cinco a seis semanas en el futuro.

Para los clientes que usted refiere para VSC, PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL u otras razones tales como hipertension, etc , usted debe acordar una fecha para que ellos

regresen donde usted para una visita de seguimiento, para asegurarse que todo es satisfactorio y registre esta fecha.

Para clientes que NO quieren que usted se ponga en contacto con ellos, escriba "NC": para "No Contacto" o ponga un guion ("--") para la PROXIMA FECHA DE CITA.

Naturalmente, usted probablemente no sabra que PROXIMA FECHA DE CITA utilizar cuando un cliente llega por primera vez a la clínica Es buena practica hacer que cada cliente se detenga en el escritorio de recepcion al salir, para que usted pueda averiguar si el/ella tiene preguntas o quejas y al mismo tiempo decidir una fecha apropiada para la proxima visita.

TIPO DE CLIENTE:

Escriba un codigo para el tipo de cliente Los códigos se muestran en el pie de la Hoja de Registro Diario, y son. NF para Nueva Aceptadora Femenina, NM para Nuevo Aceptador Masculino, TF para Transferencia Aceptadora Femenina, TM para Transferencia Aceptador Masculino, y UC para Usuario Continuo (sea femenino o masculino)

Tome nota de que un cliente que visita la clínica por vez primera es codificado como (Aceptador) NUEVO si el/ella no esta utilizando actualmente un metodo de planificación familiar. Un cliente que hasta la fecha ha recibido servicios en otra instalacion es codificado como (Aceptador) TRANSFERENCIA, (ej. un usuario actual que se esta transferiendo a esta clínica). Por cada visita, despues de la primera, los clientes son codificados como (Usuarios) CONTINUOS cuando vienen en busca de servicios de planificacion familiar

A este punto, usted ha completado el par de Hojas de Visita de Repetición para este cliente. El uso de estas Hojas de Visita de Repetición se discute más adelante. El resto de los datos se escriben solamente en la Hoja de Registro Diario misma.

Ciertos datos necesarios para propositos administrativos, tales como edad o educacion, se refieren al cliente y no a la visita de planificacion familiar Estos datos deben ser contados SOLAMENTE UNA VEZ para cada cliente individual que visita la clinica. De acuerdo a ello, el Registro Diario da espacio para varios datos que se acopian SOLAMENTE para clientes aceptadores NUEVOS o de TRANSFERENCIA, (ej , Clientes de primera-visita solamente). Estos datos DEBEN SER DEJADOS EN BLANCO para clientes Usuarios CONTINUOS.

287

ULTIMA FUENTE: Solamente a los clientes aceptadores de TRANSFERENCIA se le deben hacer estas preguntas Preguntele al cliente de que fuente de insumos el/ella obtuvo la ultima vez su metodo de planificacion familiar Registre una "P" en la columna si la fuente es Publica, una "C" si la fuente es privada o Comercial, por ejemplo, medico privado, comadrona privada, farmacia.

(Puede ser de utilidad desarrollar una lista de todas las fuentes locales de planificacion familiar por categorías Publica y Privada/Comercial La recepcionista puede averiguar el nombre de la fuente de una de estas listas y marcar la columna apropiada).

ULTIMO METODO: Pregúntele a todos los aceptadores clientes NUEVOS si han utilizado un método de planificacion familiar en el pasado, y si la respuesta es afirmativa, cual fue el último método utilizado. Registre el método en esta columna, si él/ella nunca ha utilizado un metodo de planificacion familiar, registre una N para (Ninguno)

Preguntele a los clientes aceptadores de TRANSFERENCIA cual método estan utilizando actualmente, y registre el nombre de este método en esta columna.

NOMBRE DE MARCA: Solo a los aceptadores clientes de TRANSFERENCIA se les debe hacer esta pregunta. Escriba el nombre de marca del anticonceptivo. (Podría ser util desarrollar una lista de nombres de marcas disponibles en su area).

Las siguientes preguntas (EDAD, EDUCACION, HIJOS VIVOS, Y ESTADO CIVIL) se les hace a los CLIENTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA (PRIMERA VEZ):

EDAD: Registre la edad del cliente en ANOS COMPLETOS solamente.

EDUCACION: Registre el numero total de años de estudios completados.

HIJOS VIVOS: Registre el número total de hijos del cliente que viven.

ESTADO CIVIL: Registre si el cliente nuevo o de transferencia es soltero, casado, en union, separado, divorciado, o viudo.

USO LOCAL: Se ha dejado una columna adicional para informacion que los proyectos individuales puedan querer acopiar (ej fuentes de referencias, etc.). Esta columna puede ser utilizada contínuamente si así lo desean los administradores de proyectos, o podría ser utilizada de manera periodica o como muestra para propósitos de encuestas especiales.

Los siguientes articulos de la Hoja de Registro deben ser recopilados para TODOS los clientes. Los articulos son:

METODOS ANTICONCEPTIVOS: Se utilizan seis columnas de la Hoja de Registro para registrar los metodos anticonceptivos provistos Para las PILDORAS, TABLETAS DE ESPUMA, o CONDONES, registre las cantidades reales provistas, ya que esta información es necesaria para volver a ordenar los insumos anticonceptivos, y para determinar la FECHA DE LA PROXIMA CITA y para las estadisticas del Enterprise Program Para las PILDORAS, registre los ciclos provistos, para las TABLETAS DE ESPUMA, registre las tabletas, y para CONDONES, registre las piezas

Para INYECTABLES, INSERCIONES DE DIUs o reconocimientos de DIUs, escriba "1" o una marca en la columna apropiada. Se han dejado dos columnas adicionales en blanco para otros metodos que las clinicas individuales puedan proveer (ej NORPLANT, VSC). Si usted provee mas de un metodo (ej. PILDORAS ademas de CONDONES para que alcancen hasta el proximo período de la cliente), registre todos los que aplican Naturalmente, si un cliente rechaza tomar cualesquiera de estos metodos, sencillamente marque NO METODO.

Si un hombre viene en busca de CONDONES, y usted se los da directamente a el sin ofrecer ningun otro servicio, no necesita llenar toda la línea en la Hoja de Registro. Solo escriba "Distribucion de Condones" en la columna de NOMBRE DEL CLIENTE, y el numero de piezas que usted distribuyó No es necesario hacer que los clientes masculinos de CONDONES esperen a que usted llene el resto del registro Pueden descartarse las Hojas de Visita de Repeticion para estos clientes de condones solamente.

REFERENCIAS MEDICAS: Si usted refiere a un cliente para Anticoncepcion Quirurgica Voluntaria (AQV), PF NATURAL, o por otra razon, tal como referencia medica por hipertension, anemia, venas varicosas severas, etc., marque la columna apropiada. De nuevo se deja una columna en blanco para uso local en el control de otros servicios de referencias médicas Note que usted puede bien distribuir insumos anticonceptivos a la vez de referir para AQV u otros servicios. En tales casos, complete todas las columnas pertinentes.

NOTAS/COMENTARIOS: Utilice este espacio para registrar cualquiera otra información necesaria para la administracion local. La informacion que sera necesaria la proxima vez que el cliente visite la clinica, debe registrarse en el registro medico en vez de en el Diario de Redaccion Unica, ya que la Hoja de Registro Diario probablemente no este disponible la proxima vez que el cliente venga a la clinica.

Siempre que una Hoja de Registro este llena, simplemente continue en otra. En la ultima línea de cada hoja, usted debe sumar el numero de clientes por cada TIPO DE CLIENTE (NF, NM, TF, TM, C), y las cantidades totales de anticonceptivos distribuídos y las referencias médicas que se han hecho, ya que estos datos seran necesarios para la administración y los informes logísticos.

Guarde las Hojas de Registro completadas como registro permanente de los servicios que usted ha provisto. Aquellos proyectos a los cuales se les ha pedido mantengan copias duplicadas de la Hoja de Registro Diario, deben simplemente incluir los duplicados (que tendran la columna de NOMBRE Y DIRECCION borradas con tinta negra para mantener la confidencia) en su informe trimestral regular a Enterprise.

USO DE HOJAS DE VISITA DE REGRESO COMO RECORDATORIOS DE CITAS

Ahora desprenda la parte de las Hojas de Visitas de Regreso que acaba de completar. Entreguele la copia de arriba al cliente para que sirva de recordatorio de la fecha de su proxima cita, y pídale a el/ella que traiga la hoja de regreso cuando venga a su proxima cita No es absolutamente necesario que el cliente haga esto, pero si él/ella no quiere se pongan en contacto con el/ella fuera de la clínica, usted debe escribir "No contacto" en su copia de la hoja.

Su copia de la Hoja de Visita de Regreso puede usarse como su recordatorio de la cita, o sistema de "seguimiento". Enterprise puede ayudarle a construir tal sistema si así usted lo desea. Todo lo que se necesita es una caja de archivo o gaveta/cajón con divisiones de cartón para cada semana del año.

Usted debe archivar sus copias de todas las Hojas de Visitas de Regreso en la caja, detrás de la división correspondiente a la semana de la PROXIMA FECHA DE CITA de cada cliente. Por ejemplo, si un cliente es visto el 1ro de enero y se le da el aprovisionamiento de píldoras suficiente para tres meses, debe darle a ella una FECHA DE PROXIMA CITA el 15 de marzo, de modo que se supone que ella regrese dos semanas antes de que se le acaben las píldoras. Usted entonces archivaría su Hoja de Visita de Regreso en la seccion de la tercera semana de marzo En esta forma, al principio de cada semana, usted tendra en una seccion de la caja Hojas para todos los clientes de CONTINUIDAD que están supuestos a regresar en esa semana.

Cuando un cliente de CONTINUIDAD viene para su cita, usted toma su Hoja de Visita de Regreso antigua de la caja y la BOTA Cualesquiera hojas que permanezcan allí al final de la semana, representan clientes que han faltado a sus citas.

Cuando usted ya ha desistido de lograr que un usuario de CONTINUIDAD regrese a la clínica, no bote la Hoja de Visita de Regreso. En cambio, usted debe mantener un archivo separado de tales hojas en orden de fecha, para poder usted de vez en cuando calcular el número de DESERCIONES que esta experimentando su programa. Se le pedira a usted que envie las Hojas de Visita de Regreso de clientes que han desistido a Enterprise con cada Informe Trimestral.

Este procedimiento parece un poco atrasado, así es que no se olvide: ¡BOTE las hojas de clientes que SI regresan, pero GUARDE las hojas de aquéllos que NO regresan!

he Enterprise
rogram

HOJA de REGISTRO DIARIO

Nombre del Proyecto _____

Fecha _____ Año __

UNICAMENTE PARA CLIENTES POR PRIMERA VEZ | METODOS ANTICONCEPTIVOS | REMISIONES

FECHA	CLIENTE	NOMBRE Y DIRECCION DEL CLIENTE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	EDUCACION	[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NOTAS/COMENTARIOS
													1													
													2													
													3													
													4													
													5													
													6													
													7													
													8													
													9													
													10													
													11													
													12													
													13													
													14													
													15													
													16													
													17													
													18													
													19													
													20													
													21													
													22													
													23													
													24													
													25													
													TOTAL METODOS →													

ULTIMA FUENTE
P Pública
C Comercial o Privada

DAD Registre años cumplidos UNICAMENTE

EDUCACION Registre el número total de años de escolarización completados

HIJOS VIVOS Registre el número

TOTAL TIPO DE CLIENTE (Esta Hoja)

NF Nuevo Aceptante Femenino
NM Nuevo Aceptante Masculino
TF Aceptante Transferido Femenino
TM Aceptante Transferido Masculino
C Cliente Continuo

METODOS ANTICONCEPTIVOS Use una señal para Inyectables, Insercion DIU, Revisión DIU o Ningun Método. Para otros métodos, registre la cantidad suministrada

REMISIONES Coloque una señal si se efectuó

VI-121
VI Registro Clínico
Copia del Capacitador

292

INFORME ADMINISTRATIVO - INFORME TRIMESTRAL DE PROGRESO DEL ENTERPRISE PROGRAM*

La Hoja de Registro Diario de Redaccion Unica, rapida y sencillamente acopia datos sobre el numero y tipos de clientes vistos, las características demograficas de clientes NUEVOS o de TRANSFERENCIA, los servicios ofrecidos, y los anticonceptivos distribuidos. La mayoria de los datos estadisticos de servicios necesarios para la administracion de la clinica pueden por lo tanto ser facilmente extraídos del Diario de Redaccion Unica. Enterprise puede proveer asistencia tecnica a los proyectos en el diseño de los sistemas de informes administrativos relativos a necesidades locales específicas, si así estos lo desean.

Se adjunta como muestra un formato de informes, que indica los datos que Enterprise requiere trimestralmente con proposito de evaluacion Muchos de los datos necesarios para este informe pueden ser extraídos directamente de los totales de las Hojas del Registro Diario, como sigue.

A. TOTAL DE ACEPTADORES OBJETIVOS DEL PROGRAMA:	Este es el numero total de clientes que aceptan por primera vez (NUEVOS y TRANSFERENCIAS) para la vida que espera alcanzar el proyecto.
B. NUMERO DE CLIENTES NUEVOS ACEPTADORES EN ESTE TRIMESTRE:	Este es el número total de clientes por primera vez que no están actualmente utilizando un metodo de planificacion familiar, (codigo NM o NF en la Hoja de Registro Diario).
C. NUMERO DE CLIENTES DE TRANSFERENCIA ACEPTADORES EN ESTE TRIMESTRE:	Este es el número de visitas de clientes por primera vez hechas por clientes de transferencia con codigo "TM o TF" en las Hojas de Registro Diario. Estos clientes han recibido planificacion familiar en otro sitio.
D. NUMERO DE ACEPTADORES EN ESTE TRIMESTRE (TODOS CLIENTES POR PRIMERA VEZ, NUEVOS O DE TRANSFERENCIA):	Este es sencillamente el numero de clientes con código NF, NM, TF o TM en las Hojas de Registro para este período de tiempo Los objetivos de servicios proyectados generalmente se expresan como numero de nuevos clientes aceptadores a ser reclutados.
E. TOTAL DE ACEPTADORES DEL INFORME TRIMESTRAL ANTERIOR:	Esta es la cifra total de la línea I D del informe anterior trimestral. Para el primer informe, reporte 0.
F. TOTAL DE ACEPTADORES A LA FECHA:	Esta es la suma de las líneas D y E.
G. PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA META DE ACEPTADORES LOGRADO A LA FECHA:	Esta es sencillamente la línea F dividida entre el TOTAL DE LA META DE ACEPTADORES del proyecto, multiplicado por 100 (F/A x 100).

H. NUMERO DE VISITAS DE USUARIOS CONTINUOS EN ESTE TRIMESTRE:	Este es el número total de visitas hechas por clientes con código "C" en las Hojas de Registro Diario.
I. TOTAL DE VISITAS DE USUARIOS CONTINUOS A LA FECHA*	Esta es la cifra total de la línea I.H. del informe del trimestre anterior Y la línea I.H. de este informe.
J. TOTAL DE VISITAS EN ESTE TRIMESTRE:	Esta es sencillamente la suma de las líneas D y H.

Los siguientes datos para el Informe Trimestral son copias directas de la Hoja de Registro Diario, y estan basados en TODAS las visitas, no solamente clientes NUEVOS y de TRANSFERENCIA.

ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS:	El total de cada método (incluyendo NO METODO) puede tomarse directamente de los totales de la línea apropiada en el Registro Diario.
REFERENCIAS MEDICAS:	Los totales de cada tipo de referencia medica pueden tomarse directamente de los totales de la línea apropiada del Registro Diario.

Las primeras dos secciones del Informe de Progreso Trimestral están en forma de narracion o de lista, y le pide a los proyectos que describan cualesquiera asuntos u obstaculos importantes encontrados en la puesta en practica del programa, junto con cualesquiera esfuerzos hechos para encarar dichos obstaculos. Tambien puede describirse la asistencia que se necesita de Enterprise

* Formulario a ser completado por los subproyectos.

ENTERPRISE PROGRAM
INFORME DE PROGRESO TRIMESTRAL

NOMBRE DEL PROYECTO: _____

ESTE PERIODO DE REGISTRO TRIMESTRAL: _____ al _____
día/mes/año día/mes/año

FECHA INICIO PROYECTO: _____
día/mes/año

FECHA PROYECTO COMPLETADO: _____
día/mes/año

I. SERVICIOS PROVISTOS:	PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES	TOTAL
A. Total meta de aceptadores del programa:				____
B. Número de nuevos clientes aceptadores este trimestre:	____	____	____	____
C. Numero de clientes de transferencia aceptadores en este trimestre:	____	____	____	____
D. Número de aceptadores este trimestre (todos los clientes de primera vez - nuevos y de transferencia):				____
E. Total de aceptadores del informe trimestral anterior:				____
F. Total de aceptadores a la fecha (D + E):				____
G. Porcentaje de meta total de aceptadores logrados a la fecha (F/A x 100):				____
H. Numero de visitas de usuarios continuos en este trimestre:	____	____	____	____
I. Total usuarios continuos a la fecha:				____
J. Total de visitas en este trimestre (D + H):	____	____	____	____

245

II. **ANTICONCEPTIVOS DISTRIBUIDOS (BASADO EN TOTAL DE VISITAS POR MES):**

	PRIMER MES	SEGUNDO MES	TERCER MES	TOTAL
Píldoras (ciclos):	____	____	____	____
Inyectables (dosis):	____	____	____	____
Inserciones DIU:	____	____	____	____
Tabletas espuma (unidades):	____	____	____	____
Condones (unidades):	____	____	____	____
Otros:	____	____	____	____

III. **REFERENCIAS MEDICAS:**

VSC:	____	____	____	____
Planificación familiar natural:	____	____	____	____
Otros:	____	____	____	____

IV. **CUESTIONES Y OBSTACULOS PRINCIPALES:**

(Describa cualesquiera cuestiones y obstáculos principales que usted haya encontrado al tratar de proveer servicios de planificación familiar, poner en práctica planes del proyecto y lograr los objetivos del subproyecto durante este período de tiempo. Enliste brevemente cualesquiera pasos que usted ha tomado para resolver los problemas encontrados.)

V. **AYUDA SOLICITADA DE ENTERPRISE:**

(Describa cualquier ayuda que le gustaría recibir del Enterprise Program en la ejecución continua de su proyecto. Agregue paginas adicionales si fuere necesario.)

* Por favor envíe las Hojas de Registro Diario y los talonarios de abandonos al Enterprise Program junto con el informe trimestral.

Fuente: Enterprise Program 2/88 KJ

296

EVALUACION

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION VI

Se les pide a los participantes que miren la "Lista de Comprobación de Tareas/Puntos de Decisiones" (ver VI, páginas 11-14) nuevamente y que contesten las siguientes preguntas:

1. ¿En qué forma sera esta lista de comprobación de utilidad para usted cuando regrese a su empresa y comience a organizar servicios de planificación familiar?

2. ¿Cuales (a) tareas o (b) puntos de decisiones usted considera deben agregarse?

3. ¿Cuales (a) tareas o (b) puntos de decisiones usted considera deben eliminarse?

4. ¿En que otras formas puede esta lista de comprobación ser mejorada?

La utilidad de la lista de comprobación es importante para la Sección VI. Las respuestas a estas preguntas seran utilizadas para mejorar la lista de comprobación para capacitaciones futuras. Pero más importante a corto plazo es la necesidad de que cada participante deje el taller con una lista de comprobación que satisfaga sus necesidades.

Tiempo: 20 minutos.

EJERCICIO DE EVALUACION: SECCION VI

Se les pide a los participantes que miren la "Lista de Comprobación de Tareas/Puntos de Decisiones" (ver VI, páginas 11-14) nuevamente y que contesten las siguientes preguntas:

1. ¿En qué forma será esta lista de comprobación de utilidad para usted cuando regrese a su empresa y comience a organizar servicios de planificación familiar?

2. ¿Cuáles (a) tareas o (b) puntos de decisiones usted considera deben agregarse?

   (a) Tareas

   (b) Puntos de decisiones

3. ¿Cuáles tareas o puntos de decisiones usted considera deben eliminarse?

   (a) Tareas

   (b) Puntos de decisiones

4. ¿En qué otras formas puede esta lista de comprobación ser mejorada?

REFERENCIAS

Greeve, D.H. y L.V.R. Fernando. Plantation Family Welfare Supervisor's Programme. Bangkok: ILO, 1984.

OIT. In-Plant Population Education: An Asian Handbook. Bangkok: ILO, 1977.

OIT. The Industrial Manager's Compendium on In-Plant Welfare Management. Bangkok: ILO, 1983.

Taiwan Provincial Institute of Family Planning. "Evaluation of Mobile Family Planning Education Program in Factories", en ICARP ASIA SEARCHER, Enero, 1984, p. 21-26.

U.S. Public Health Service. Logistics Guidelines for Family Planning Programs. Washington: Department of Health and Human Services, 1981.

Misceláneos:

AAPC. Procurement and Supply Management Training Course. Nueva York: AAPC, 1985.

Centers for Disease Control. "Evaluating the Need for Integration", en Family Planning Methods and Practice: Africa. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, 1983, p. 296-297.

_____. "Ordering, Maintaining and Storing Supplies", en Family Planning Methods and Practice: Africa Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, 1983, p. 286-288.

_____. "Dealing With Obstacles to the Delivery of Services", en Family Planning Methods and Practice: Africa. Atlanta, Georgia Centers for Disease Control, 1983, p. 289-292.

Enterprise Program. "Programming Considerations for Family Planning Services and Commodities Planning". Washington: JSI, 1986.

Family Planning Private Sector Program. FPPS Community-Based Distribution Programme Recordkeeping Procedures. Nairobi: FPPS/JSI, 1986.

JSI. User Satisfaction Survey/Client Complaint Form. Boston: JSI, 1979.

JSI. Client Access/Patient Flow Forms. Boston: JSI, 1979.

JSI. Patient Exit Interview Form. Boston: JSI, 1979.

JSI. Simplified Manual Systems for Clinical Management. Boston: JSI, 1979.

Mathews, B. y K. Pisharoti. "Job Specifications as a Basis for Training Design", en Lynton, R.P. y U. Pareek. Training for Development. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, 1978, p. 206-214.

National Institute of Health and Family Welfare. Inter-country Course on Logistics and Supply Management for Health and Family Planning Programmes. Nueva Delhi· National Institute of Health and Family Welfare and the Centers for Disease Control, 1984.

Svendsen, D.S. y S. Wijetelleke. "Making a Training Plan", en Navamaga: Training Activities for Group Building, Health and Income Generation. Washington, DC· Overseas Education Fund, 1983, p. 20-21.

Westinghouse Health Systems. Contraceptive Prevalence Survey. Model Questionnaire. Columbia, Maryland: Westinghouse Health Systems, n.d.

SECCION VII

DESARROLLANDO UN PLAN DE TRABAJO VIABLE

TIEMPO SUGERIDO: 3 horas

Sección VII: Desarrollando un plan de trabajo viable

En esta sección, los participantes estan vinculados en la preparación de un plan de trabajo para instalar servicios de planificación familiar en sus fábricas, compañías o plantaciones.

NOTA DEL CAPACITADOR

Objetivos de esta sección:

Después de completar las actividades en esta sección del modulo, los participantes del taller habran:

1. desarrollado un plan para instalar servicios de planificacion familiar en sus empresas

2. compartido planes con otros participantes y ofrecido criticas basadas en la información presentada durante el taller.

Razones básicas:

Al completar un plan de trabajo, los participantes identificaran, con la ayuda de los organizadores de taller y de los capacitadores, los principales pasos en el diseño de servicios de planificacion familiar en sus fabricas o plantaciones La administracion de la empresa y el personal de salud entonces podrán proceder con más planes y el acopio de la informacion necesaria para efectuar las tareas identificadas en el plan de trabajo en forma sistematica.

PROCEDIMIENTOS

- **Desarrollando un plan de trabajo para la instalación, administración y evaluación de servicios de planificación familiar en las empresas**

  Los participantes en el taller repasan las cuestiones básicas en la instalacion de servicios en las empresas, examinan los planes de trabajo desarrollados en entornos de fabricas similares a la propia, y repasan las razones basicas para los servicios que planean ofrecer antes de desarrollar un plan de trabajo para su propia fábrica o compañia.

  Tiempo: 3 horas

AL CAPACITADOR:

En esta sección se incluyen ejemplos de planes de trabajo de empresas del sector privado en Asia.

DESARROLLANDO UN PLAN DE TRABAJO PARA LA INSTALACION, ADMINISTRACION Y EVALUACION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

La comprension de los elementos del proceso de planificacion familiar son vitales para el desarrollo de un plan de trabajo La última sección del manual discute un enfoque al examen de las tareas necesarias en la instalación de servicios de planificación familiar en las empresas, a la vez que identifica los principales puntos de decisión que usted y su personal necesitaran considerar.

Al desarrollar el plan de trabajo, usted querra·

- **PRIMERO** revisar el grupo de preguntas de planificacion en esta sección e identificar aquéllas para las cuales usted ya tiene los datos necesarios;

- **LUEGO**, revisar la muestra del plan de trabajo desarrollado por el personal de administracion del Enterprise Program para una empresa en Asia. Note·

  -- que modelo de entrega se sugiere,

  -- que tipo de servicios han de ofrecerse,

  -- cuan grande es la población de clientes,

  -- cual es el patrón del personal, y

  -- que tipo de linea de tiempo se estableció.

- **LUEGO**, necesitará anotar los datos basado en su propia situación en respuesta a cada uno de los siguientes puntos

  -- el modelo de entrega de servicio que usted esta pensando utilizar

  -- la mezcla de servicios que usted ha planeado ofrecer

-- el público objetivo para los servicios (sexo, edad, etc.)

-- el patrón de personal que usted está pensando utilizar

-- el tiempo que usted cree tomará entre la fase inicial de planificación y el inicio de los servicios

Con esta informacion a mano, junto a lo que repaso en la Seccion VI, usted debe estar listo para comenzar a hacer un borrador de su plan de trabajo. Refierase a estas notas, la lista de tareas/decisiones de la Seccion VI, y a las muestras de planes de trabajo en esta seccion Usted tambien debe hacer uso de las preguntas que siguen en las proximas tres paginas Estas preguntas le ayudaran a evaluar cuales son sus necesidades de informacion antes de proceder al proceso de planificacion Al repasar la lista de preguntas, usted notara que ya tiene parte de la informacion a mano para el proceso de planificacion Para otras preguntas, usted necesitará identificar las fuentes a las cuales puede referirse para mayor información.

Preguntas a ser contestadas al establecer y administrar servicios de planificación familiar en fábricas o en plantaciones

Servicios

1. ¿Cuáles servicios específicos han de proveerse?
2. ¿Cuáles se proveen actualmente?
3. ¿Cuál es la población objetivo?
4. ¿Cuán grande es la población objetivo?
5. ¿Cuál es la tasa de aceptación de la población objetivo?
6. ¿Quién proveera los servicios?
7. ¿Cuán adecuadas son las instalaciones y el equipo existente para la entrega de servicios propuesta?
8. ¿Qué instalaciones, equipo, mobiliario, e insumos se necesitan para proveer los servicios?
9. ¿Cuál es la mezcla propuesta de métodos?
10. ¿Cuales son los actuales (o requeridos) sistemas de mantenimiento de registros y cuán adecuados son éstos?
11. ¿Qué clase de materiales educativos se necesitan? ¿Qué costos representan?

Administración

1. ¿Cómo se ve el organigrama de organización de la empresa? ¿Cuales son los niveles del personal? ¿De qué forma encaja el cuidado de la salud en el organigrama?
2. Al planificar e instalar los servicios, ¿Quienes son las personas claves? ¿entre el personal? ¿en los sindicatos? ¿en la comunidad? ¿en el gobierno?
3. ¿Quién será responsable de la dirección general de los servicios de planificación familiar? ¿Quién mantiene la calidad actualizada?
4. ¿Quién será responsable de la administración diaria de los servicios de planificación familiar? ¿de la administracion fiscal? ¿del apoyo medico?

5. ¿Quién está a cargo de la preparacion de protocolos?

6. ¿Quién estará a cargo de las órdenes de los productos?

7. ¿Cuales son las regulaciones gubernamentales para la instalacion de servicios? ¿procedimientos de registros gubernamentales?

Capacitación

1. ¿Qué cursos de capacitación en planificacion familiar existen localmente?

2. ¿Quiénes pueden utilizarlos? ¿Qué calidad tienen?

3. ¿Puede efectuarse la capacitación en el lugar?

4. ¿Quien sera capacitado? ¿En qué campos?

5. ¿De que forma pueden identificarse las necesidades de capacitación?

IE&C

1. ¿Qué forma tomará el componente de IE&C?

2. ¿Qué material de IE&C existe localmente? ¿Quiénes lo utilizan? ¿Quién los distribuye? ¿Cuán adecuados son? ¿Están disponibles para su compra y uso?

Productos

1. ¿Qué clase de productos se necesitan?

2. ¿Cuáles son las potenciales fuentes de productos?

3. ¿Qué tipos de productos están disponibles?

4. ¿Bajo qué términos están los productos disponibles de donantes internacionales, afiliados locales al IPPF, UNFPA, programas de mercadeo social, el sector comercial?

5. ¿Dónde serán almacenados?

6. ¿Cómo se les proveerá de inventario? ¿Quién lo hará?

7. ¿Cuáles son las proyecciones iniciales para los productos?

Consideraciones de presupuesto

1. ¿Cuáles son los costos de?:
   - -- capacitación del personal
   - -- equipo, material, insumos
   - -- productos
   - -- actividades de promocion de IE&C
   - -- la participación de los trabajadores en las actividades de planificación familiar

2. ¿Que clase de ayuda hay disponible?
   - -- cofinanciamiento
   - -- productos subsidiados
   - -- productos gratis
   - -- servicios en especie
   - -- honorarios de usuarios

3. ¿Qué nivel de ayuda inicial se necesita?

Evaluación

1. ¿Cuál es la estrategia general de evaluación? ¿para aceptacion? ¿para IE&C? ¿para la entrega del servicio?

2. ¿Quién evalúa qué y a quién?

3. ¿Cómo se controlan los costos? ¿Quién lo hace?

4. ¿En qué forma la administración diseminará la información sobre el programa? ¿a quién? ¿para que?

Fuente: Enterprise Program, 1986

DESARROLLANDO UN PLAN DE TRABAJO PARA LA INSTALACION, ADMINISTRACION Y EVALUACION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS EMPRESAS

La comprensión de los elementos del proceso de planificacion familiar son vitales para el desarrollo de un plan de trabajo. La última sección del manual discute un enfoque al examen de las tareas necesarias en la instalación de servicios de planificación familiar en las empresas, a la vez que identifica los principales puntos de decisión que usted y su personal necesitaran considerar

Al desarrollar el plan de trabajo, usted querrá·

- **PRIMERO** revisar el grupo de preguntas de planificacion en esta seccion e identificar aquéllas para las cuales usted ya tiene los datos necesarios;

- **LUEGO**, revisar la muestra de plan de trabajo desarrollado por el personal de administración del Enterprise Program para una empresa en Asia. Note·

  -- que modelo de entrega se sugiere,

  -- que tipo de servicios han de ofrecerse,

  -- cuan grande es la población de clientes,

  -- cual es el patrón del personal, y

  -- que tipo de linea de tiempo se estableció.

- **LUEGO**, necesitará anotar los datos basado en su propia situación en respuesta a cada uno de los siguientes puntos:

  -- el modelo de entrega de servicio que usted esta pensando utilizar

  -- la mezcla de servicios que usted ha planeado ofrecer

-- el publico objetivo para los servicios (sexo, edad, etc.)

-- el patrón de personal que usted está pensando utilizar

-- el tiempo que usted cree tomara entre la fase inicial de planificación y el inicio de los servicios

Con esta información a mano, junto a lo que repaso en la Sección VI, usted debe estar listo para comenzar a hacer un borrador de su plan de trabajo. Refierase a estas notas, la lista de tareas/decisiones de la Seccion VI, y a las muestras de planes de trabajo en esta seccion Usted tambien debe hacer uso de las preguntas que siguen en las proximas tres paginas. Estas preguntas le ayudaran a evaluar cuales son sus necesidades de informacion antes de proceder al proceso de planificacion Al repasar la lista de preguntas, usted notara que ya tiene parte de la informacion a mano para el proceso de planificacion. Para otras preguntas, usted necesitara identificar las fuentes a las cuales puede referirse para mayor información.

Preguntas a ser contestadas al establecer y administrar servicios de planificación familiar en fábricas o en plantaciones

Servicios

1. ¿Cuáles servicios específicos han de proveerse?
2. ¿Cuáles se proveen actualmente?
3. ¿Cuál es la población objetivo?
4. ¿Cuán grande es la población objetivo?
5. ¿Cuál es la tasa de aceptación de la población objetivo?
6. ¿Quién proveerá los servicios?
7. ¿Cuán adecuadas son las instalaciones y el equipo existente para la entrega de servicios propuesta?
8. ¿Qué instalaciones, equipo, mobiliario, e insumos se necesitan para proveer los servicios?
9. ¿Cuál es la mezcla propuesta de métodos?
10. ¿Cuales son los actuales (o requeridos) sistemas de mantenimiento de registros y cuán adecuados son éstos?
11. ¿Qué clase de materiales educativos se necesitan? ¿Qué costos representan?

Administración

1. ¿Cómo se ve el organigrama de organización de la empresa? ¿Cuáles son los niveles del personal? ¿De qué forma encaja el cuidado de la salud en el organigrama?
2. Al planificar e instalar los servicios, ¿Quiénes son las personas claves? ¿entre el personal? ¿en los sindicatos? ¿en la comunidad? ¿en el gobierno?
3. ¿Quién será responsable de la dirección general de los servicios de planificación familiar? ¿Quién mantiene la calidad actualizada?
4. ¿Quién será responsable de la administración diaria de los servicios de planificación familiar? ¿de la administracion fiscal? ¿del apoyo médico?

5. ¿Quién está a cargo de la preparación de protocolos?

6. ¿Quién estará a cargo de las ordenes de los productos?

7. ¿Cuáles son las regulaciones gubernamentales para la instalacion de servicios? ¿procedimientos de registros gubernamentales?

Capacitación

1. ¿Qué cursos de capacitación en planificación familiar existen localmente?

2. ¿Quiénes pueden utilizarlos? ¿Que calidad tienen?

3. ¿Puede efectuarse la capacitación en el lugar?

4. ¿Quién será capacitado? ¿En que campos?

5. ¿De qué forma pueden identificarse las necesidades de capacitación?

IE&C

1. ¿Qué forma tomará el componente de IE&C?

2. ¿Qué material de IE&C existe localmente? ¿Quienes lo utilizan? ¿Quién los distribuye? ¿Cuán adecuados son? ¿Estan disponibles para su compra y uso?

Productos

1. ¿Qué clase de productos se necesitan?

2. ¿Cuáles son las potenciales fuentes de productos?

3. ¿Qué tipos de productos estan disponibles?

4. ¿Bajo qué términos están los productos disponibles de donantes internacionales, afiliados locales al IPPF, UNFPA, programas de mercadeo social, el sector comercial?

5. ¿Dónde serán almacenados?

6. ¿Cómo se les proveerá de inventario? ¿Quién lo hará?

7. ¿Cuáles son las proyecciones iniciales para los productos?

Consideraciones de presupuesto

1. ¿Cuáles son los costos de?:
   - -- capacitación del personal
   - -- equipo, material, insumos
   - -- productos
   - -- actividades de promoción de IE&C
   - -- la participación de los trabajadores en las actividades de planificación familiar

2. ¿Qué clase de ayuda hay disponible?
   - -- cofinanciamiento
   - -- productos subsidiados
   - -- productos gratis
   - -- servicios en especie
   - -- honorarios de usuarios

3. ¿Qué nivel de ayuda inicial se necesita?

Evaluación

1. ¿Cuál es la estrategia general de evaluación? ¿para aceptacion? ¿para IE&C? ¿para la entrega del servicio?

2. ¿Quién evalúa qué y a quién?

3. ¿Cómo se controlan los costos? ¿Quién lo hace?

4. ¿En qué forma la administración diseminará la información sobre el programa? ¿a quién? ¿para qué?

Fuente: Enterprise Program, 1986

MUESTRA DE UN PLAN DE TRABAJO

El siguiente plan de trabajo es de una fábrica en Asia que planifica establecer servicios de planificación familiar en la compañía. Los servicios se instalarán con la ayuda de un donante exterior. Los objetivos del programa son:

1. Establecer una clínica de planificación familiar en la compañía para los empleados y sus cónyugues.

2. Mejorar el estatus de salud familiar de los empleados a través de educación sobre la salud; información, educación y comunicación (IE&C) y servicios de salud reproductiva.

3. Reducir enfermedades relacionadas con el embarazo de las empleadas y las ausencias por este motivo, aumentando la productividad y las ganancias.

4. Continuar dando servicio a los aproximadamente 160 actuales aceptantes de planificación familiar y aumentar el número de aceptantes en 250 (50%) de aquellas mujeres casadas actualmente que no utilizan anticonceptivos.

5. Promover el concepto de servicios de planificación familiar en las empresas para copiar este modelo en otras compañías.

6. Promover iniciativas económicas del sector privado en paquetes de servicios salud/beneficio para empleados a través de la entrega de servicios de planificación familiar.

Los servicios a ofrecerce incluyen:

Una clínica que operará diariamente de 12 PM - 6 PM, cinco días a la semana y que servirá al total de 1,300 trabajadores y sus cónyugues en el siguiente horario:

12:00 PM - 1:00 PM - empleados
1:00 PM - 3:30 PM - cónyugues
3:30 PM - 6:00 PM - empleados

Un médico consultor proveerá servicios de apoyo a una enfermera-comadrona, asumira la responsabilidad general de la practica de la enfermera-comadrona en la clinica y manejará a todos los clientes referidos a él por la comadrona. El consultor estara regularmente en la clínica dos horas a la semana. Las emergencias y los clientes que no puedan ser atendidos en la clínica debido a falta de recursos (por ejemplo, servicios de laboratorio) serán referidos al hospital local que esta aproximadamente a 15 minutos de distancia en automóvil, de la compañía

Mensualmente, se organizarán charlas de IE&C y de salud para motivar a los trabajadores a aceptar los servicios de planificación familiar. Se llevarán a efecto actividades de promoción, tales como reuniones/almuerzos para los supervisores y visitas a domicilio por parte de la enfermera-comadrona. La enfermera-comadrona y el médico

315

consultor asistirán a seminarios de actualizacion de tecnologia anticonceptiva. Se proveerán reemplazos para la entrega de servicios durante este tiempo. Dos motivadores en la planta también asistiran a un curso sobre IE&C. (Un trabajador ya ha sido capacitado en motivación de planificación familiar.)

El plan de trabajo está concebido en tres fases:

FASE I: PLANIFICACION Y DESARROLLO DE LA CLINICA

1. Identificar el personal clave de administración que sera responsable de las actividades del proyecto.

2. La administración renueva el lugar de la clínica de planificaci familiar y provee el mobiliario basico.

3. Entrevistar y reclutar a la enfermera/comadrona y al medico consultor.

4. Capacitar a dos motivadores en la planta y desarrollar un programa de motivación de IE&C y estrategias dirigidas hacia los supervisores, los trabajadores y sus cónyugues. El programa de IE&C se desarrollará conjuntamente con la enfermera/comadrona, el médico consultor, los motivadores en la planta y la administración.

5. Desarrollar y poner en práctica los sistemas de mantenimiento de registros e informes para el uso de la clínica, las necesidades de la administración y los requerimientos de los donantes externos, segun sea necesario.

6. Obtener equipo, suministros, productos y materiales educativos.

7. Comezar actividades de IE&C y de motivación en la fábrica (para incluir la distribución de materiales de IE&C).

8. Registrar la clínica con las autoridades apropiadas.

9. Preparar el plan para los eventos de promoción de planificacion familiar.

FASE II: PUESTA EN PRACTICA DE LOS SERVICIOS DE LA CLINICA Y DE IE&C

1. Proveer los servicios de planificación familiar para incluir píldoras, DIU's, espermicidas, condones, métodos naturales y asesoría y educación sobre la salud; las referencias médicas por infertilidad y anticoncepcion quirurgica, al hospital local.

2. Efectuar charlas mensuales sobre educación de la salud y de motivación en la fábrica.

3. Efectuar visitas domiciliarias por parte de la enfermera-comadrona a los cónyugues de los trabajadores y el seguimiento de los que han desistido, según sea apropiado.

4. Mantener el sistema de registros, recopilar y someter informes trimestrales a los donantes, si esto fuera necesario.

5. Mantener el equipo, los insumos y los productos.

6. Conducir evaluaciones de los servicios clínicos al final del primer año del proyecto; modificar el programa para lograr los objetivos del servicio, segun sea apropiado.

7. Efectuar visitas de asistencia técnica y la supervisión de las actividades de servicio por parte de los donantes de externos, si esto fuere necesario.

8. Desarrollar un plan para que la administración de la empresa asuma todas las operaciones de la clínica.

9. Realizar eventos de promoción de planificación familiar.

FASE III: ADMINISTRACION DE LA CLINICA DE PF POR PARTE DE LA COMPANIA

1. Continuar ofreciendo servicios de PF a los empleados y sus cónyugues por parte de la compañía.

2. Mantener la compra y la distribución de los productos de PF por parte de la compañía.

3. Efectuar una visita del Enterprise Program seis meses después de la transición.

4. Continuar informando las estadisticas anuales de servicios al Enterprise Program.

Fuente: The Enterprise Program, 1986.

MUESTRA DE UN PLAN DE TRABAJO

El siguiente plan de trabajo es de una fábrica en Asia que planifica establecer servicios de planificación familiar en la compañía. Los servicios se instalarán con la ayuda de un donante exterior. Los objetivos del programa son:

1. Establecer una clínica de planificación familiar en la compañía para los empleados y sus cónyugues.

2. Mejorar el estatus de salud familiar de los empleados a través de educación sobre la salud; información, educación y comunicación (IE&C) y servicios de salud reproductiva.

3. Reducir enfermedades relacionadas con el embarazo de las empleadas y las ausencias por este motivo, aumentando la productividad y las ganancias.

4. Continuar dando servicio a los aproximadamente 160 actuales aceptantes de planificación familiar y aumentar el número de aceptantes en 250 (50%) de aquellas mujeres casadas actualmente que no utilizan anticonceptivos.

5. Promover el concepto de servicios de planificación familiar en las empresas para copiar este modelo en otras compañías.

6. Promover iniciativas económicas del sector privado en paquetes de servicios salud/beneficio para empleados a través de la entrega de servicios de planificación familiar.

Los servicios a ofrecerce incluyen:

Una clínica que operará diariamente de 12 PM - 6 PM, cinco días a la semana y que servirá al total de 1,300 trabajadores y sus cónyugues en el siguiente horario:

12:00 PM - 1:00 PM - empleados
1:00 PM - 3:30 PM - cónyugues
3:30 PM - 6:00 PM - empleados

Un médico consultor proveerá servicios de apoyo a una enfermera-comadrona, asumirá la responsabilidad general de la practica de la enfermera-comadrona en la clínica y manejará a todos los clientes referidos a él por la comadrona. El consultor estará regularmente en la clínica dos horas a la semana. Las emergencias y los clientes que no puedan ser atendidos en la clínica debido a falta de recursos (por ejemplo, servicios de laboratorio) serán referidos al hospital local que está aproximadamente a 15 minutos de distancia en automóvil, de la compañía.

Mensualmente, se organizarán charlas de IE&C y de salud para motivar a los trabajadores a aceptar los servicios de planificación familiar. Se llevarán a efecto actividades de promoción, tales como reuniones/almuerzos para los supervisores y visitas a domicilio por parte de la enfermera-comadrona. La enfermera-comadrona y el médico -

consultor asistirán a seminarios de actualización de tecnología anticonceptiva. Se proveeran reemplazos para la entrega de servicios durante este tiempo. Dos motivadores en la planta también asistirán a un curso sobre IE&C. (Un trabajador ya ha sido capacitado en motivación de planificación familiar.)

El plan de trabajo está concebido en tres fases:

FASE I: PLANIFICACION Y DESARROLLO DE LA CLINICA

1. Identificar el personal clave de administración que sera responsable de las actividades del proyecto.

2. La administración renueva el lugar de la clínica de planificación familiar y provee el mobiliario basico.

3. Entrevistar y reclutar a la enfermera/comadrona y al médico consultor.

4. Capacitar a dos motivadores en la planta y desarrollar un programa de motivación de IE&C y estrategias dirigidas hacia los supervisores, los trabajadores y sus cónyugues. El programa de IE&C se desarrollara conjuntamente con la enfermera/comadrona, el médico consultor, los motivadores en la planta y la administración.

5. Desarrollar y poner en práctica los sistemas de mantenimiento de registros e informes para el uso de la clínica, las necesidades de la administración y los requerimientos de los donantes externos, según sea necesario.

6. Obtener equipo, suministros, productos y materiales educativos.

7. Comezar actividades de IE&C y de motivación en la fábrica (para incluir la distribución de materiales de IE&C).

8. Registrar la clínica con las autoridades apropiadas.

9. Preparar el plan para los eventos de promoción de planificacion familiar.

FASE II: PUESTA EN PRACTICA DE LOS SERVICIOS DE LA CLINICA Y DE IE&C

1. Proveer los servicios de planificación familiar para incluir píldoras, DIU's, espermicidas, condones, métodos naturales y asesoría y educación sobre la salud; las referencias médicas por infertilidad y anticoncepcion quirúrgica, al hospital local.

2. Efectuar charlas mensuales sobre educación de la salud y de motivación en la fábrica.

3. Efectuar visitas domiciliarias por parte de la enfermera-comadrona a los cónyugues de los trabajadores y el seguimiento de los que han desistido, según sea apropiado.

4. Mantener el sistema de registros, recopilar y someter informes trimestrales a los donantes, si esto fuera necesario.

5. Mantener el equipo, los insumos y los productos.

6. Conducir evaluaciones de los servicios clínicos al final del primer año del proyecto; modificar el programa para lograr los objetivos del servicio, segun sea apropiado.

7. Efectuar visitas de asistencia técnica y la supervisión de las actividades de servicio por parte de los donantes de externos, si esto fuere necesario.

8. Desarrollar un plan para que la administración de la empresa asuma todas las operaciones de la clínica.

9. Realizar eventos de promoción de planificación familiar.

FASE III: ADMINISTRACION DE LA CLINICA DE PF POR PARTE DE LA COMPANIA

1. Continuar ofreciendo servicios de PF a los empleados y sus cónyugues por parte de la compañía.

2. Mantener la compra y la distribución de los productos de PF por parte de la compañía.

3. Efectuar una visita del Enterprise Program seis meses después de la transición.

4. Continuar informando las estadísticas anuales de servicios al Enterprise Program.

Fuente: The Enterprise Program, 1986.

EVALUACION DEL MODULO

Esta sección contiene dos formularios de evaluación -- uno para los capacitadores y otro para los participantes. La meta del formulario de evaluacion del capacitador es ayudar al Enterprise Program a mejorar este modulo. Lo mismo se aplica al formulario de los participantes. Además, el formulario de evaluacion de los participantes servirá al capacitador para mejorar la entrega de la capacitación. Se le solicita al capacitador que envíe los formularios completados a:

Ms. Kulmindar Johal
The Enterprise Program
Ninth Floor
1100 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22209
USA.

FORMULARIO DE EVALUACION DEL CAPACITADOR

Por favor complete este formulario y envielo por correo junto con los formularios completados de evaluacion de los participantes a.

Ms. Kulmindar Johal
The Enterprise Program
Ninth Floor
1100 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22209
USA

Para las siguientes preguntas, por favor haga un círculo alrededor del número que mejor represente su opinion, bien sea un fuerte no (1), un fuerte sí (6) o en algún punto medio (2,3,4 o 5). Por favor no marque "sí" o "no".

1. En general, ¿fue util el manual?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

2. ¿Estaba el material en una secuencia lógica?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

Para cada sección del manual por favor clasifique cuán apropiado es tanto el material contenido como los procedimientos sugeridos para la entrega del contenido durante un taller.

3. Sección I: Material contenido

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

   Sección I: Procedimientos sugeridos

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

4. Sección II: Material contenido

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

   Sección II: Procedimientos sugeridos

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

5. Sección III: Material contenido

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Sección III: Procedimientos sugeridos

No 1 2 3 4 5 6 Sí

6. Sección IV: Material contenido

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Sección IV: Procedimientos sugeridos

No 1 2 3 4 5 6 Sí

7. Sección V: Material contenido

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Sección V: Procedimientos sugeridos

No 1 2 3 4 5 6 Sí

8. Sección VI: Material contenido

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Sección VI: Procedimientos sugeridos

No 1 2 3 4 5 6 Sí

9. Sección VII: Material contenido

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Sección VII: Procedimientos sugeridos

No 1 2 3 4 5 6 Sí

Por favor conteste las siguientes preguntas por escrito.

10. ¿Puede usted sugerir contenido adicional que debe ser agregado en una versión revisada del manual? Por favor sea tan especifico como le sea posible

11. Basado en su experiencia adquirida al utilizar el manual en un taller, ¿Que contenido usted cree debe ser eliminado? Por favor explique sus razones.

12. ¿Qué sugerencias podría usted ofrecer para mejorar el formato del manual?

13. ¿En qué forma podría mejorarse el proceso sugerido en el manual?

14. ¿Fue suficiente el tiempo sugerido para las diversas secciones del módulo? Si no lo fue, ¿Cuáles secciones tomaron menos tiempo del estimado? ¿Cuales secciones tomaron más tiempo?

15. ¿Qué otros comentarios tiene usted para mejorar el manual?

FORMULARIO DE EVALUACION DEL PARTICIPANTE

Por favor complete este formulario y entréguelo al finalizar el taller. Para las primeras quince preguntas, por favor haga un círculo alrededor del número que mejor representa su opinion, bien sea un fuerte no (1), un fuerte sí (6) o en algún punto medio (2,3,4 o 5). Por favor no marque "sí" o "no".

1. ¿Comprende usted el papel del sector privado con fines de lucro en la promoción y entrega de servicios de planificación familiar en las empresas?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

2. ¿Está usted ahora más conciente de los éxitos y fracasos de otros que han instalado servicios en las empresas?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

3. ¿Está usted ahora más conciente de los beneficios obtenidos al proveer servicios de planificación familiar en las empresas?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

4. ¿Está usted ahora más conciente de las varias opciones de anticonceptivos que podrían hacerse disponibles a través de servicios de planificación familiar en las empresas?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

5. ¿Comprende usted mejor ahora los esfuerzos de IE&C mejor y está usted más conciente de como podrían ser utilizados en una fábrica?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

6. ¿Puede usted ahora identificar mejor los puntos de toma de decisiones en la planificación, la implementación y evaluacion de los servicios de planificación familiar en las empresas?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

7. ¿Pudo usted preparar un plan de trabajo para instalar servicios de planificación familiar?

   No 1 2 3 4 5 6 Sí

8. ¿Eran los capacitadores presentadores dinamicos, interesantes y versátiles?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

9. ¿Eran los capacitadores seguros de sí mismos y conocedores del tema del taller?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

10. ¿Hubo suficiente tiempo para discusiones, preguntas y respuestas del grupo?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

11. ¿Le ayudara a usted el taller a iniciar servicios de planificación familiar?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

12. ¿Aprendió usted mucho de otros participantes en este taller?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

13. ¿Recomendaría positivamente usted este taller a otras personas?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

14. ¿Compartirá usted la información del curso con otro personal en su lugar de trabajo?

No 1 2 3 4 5 6 Sí

15. En general, yo calificaría el taller como:

1 2 3 4 5 6

Pobre--Por debajo del promedio--Promedio--Por encima--Bueno--Excelente

Por favor, conteste las siguientes preguntas por escrito:

16. Refiérase a la declaración que usted escribió el primer día. Ahora que el taller ya ha terminado, ¿De qué forma ve usted el papel de su empresa en la promoción y entrega de servicios de planificación familiar?

17. ¿Cuáles aspectos del taller serán de mayor utilidad para usted?

18. ¿Cuáles aspectos del taller serán de menor utilidad para usted?

19. ¿Qué consejo le daría usted al capacitador sobre cambios necesarios en el taller?

20. Por favor, enliste todas las áreas de tópicos afines que usted considera deben ser incluídas en el taller.

21. ¿Tiene usted algún comentario que hacer sobre la ubicación o instalaciones del taller?