



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales ACATLAN

**EVALUACION DE UN PROGRAMA RURAL DE
PLANIFICACION FAMILIAR.**



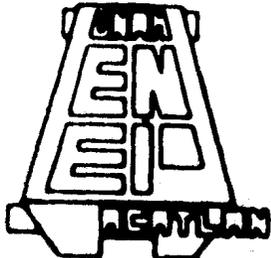
T E S I S

Que para obtener el título de:

A C T U A R I O

Presenta:

JAVIER SUAREZ MORALES



México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I.	
Marco teórico	5
1.- Antecedentes	5
2.- Organización y funciona-- miento	8
a) Primera etapa	
b) Segunda etapa	
c) Sistema de información	
3.- Justificación	18
4.- Objetivos	19
Capítulo II.	
Metodología	23
1.- Metodología de investiga-- ción y alcances del estu-- dio	23
2.- Diseño de los questions-- rios	25
3.- Diseño y tamaño de la --- muestra	31
Capítulo III.	
Trabajo de campo.	41
1.- Equipo y organización	41
2.- Prueba piloto	42
3.- Recolección de la informa-- ción	43
4.- Codificación y validación	45
5.- Procesamiento de la infor-- mación	46

Pág.

Capítulo IV	Análisis de resultados.	
	1.- Características generales de las entrevistadas	48
	2.- Estimación del cumplimiento de metas	59
	3.- Análisis del sistema de información	68
	4.- Análisis del acceso a servicios de salud	75
	5.- Análisis de la estrategia de información	86
	6.- Análisis de los servicios proporcionados por los agentes del programa.	98
Conclusiones		114
Anexo 1	Instructivo de codificación para usuarias y ex-usuarias	120
Indice de cuadros		137
Bibliografía		139

Introducción.

Uno de los temas que desde hace algunos años ha sido ampliamente discutido y estudiado a nivel mundial, es sin duda, el de la población.

Este interés se debe principalmente al desmesurado crecimiento que ha experimentado, producto de una elevada natalidad y descensos en el otro componente, la mortalidad.

Así, tras existir una población mundial de entre 270 y 330 ^{1/} millones de habitantes al inicio de la era cristiana, esta se duplicó en un amplio período de 1650 años, estimándose para entonces un total de 553 ^{2/} millones de habitantes.

De acuerdo a esta información, podemos afirmar que el crecimiento poblacional fue muy lento, debido al efecto de las dos grandes causas de mortalidad existentes en esa época: las epidemias que diezmaron a la población, y los desórdenes sociales, que proliferaron en ese período.

No fué sino hasta mediados del siglo XVII cuando la población inicia una dinámica importante, ascendiendo su total un siglo después a 1,325 millones de humanos, a consecuencia de los inicios de la revolución industrial, en la que se dió una disminución gradual de la mortalidad y un aumento en la nupcialidad y consecuentemente en la fecundidad.

Aunque los adelantos científicos y tecnológicos producto de esta revolución se dieron principalmente en países -

1/ John D. Durand, Historical Estimates of World Population: An Evaluation. 1974.

2/ Goran Ohlin, Historical Outline of World Population Growth. 1965.

desarrollados, pronto éstos fueron exportados a países con un grado inferior de adelanto, lo que contribuyó a que la población mundial aumentara su volúmen con una mayor velocidad, en contrándose que a principios de este siglo, el total de personas era de 1,663 ^{3/} millones y que en 1975, este total sumaba ya 3,967 ^{4/} millones.

En particular, la población de nuestro país, después de haber sufrido la conquista por los españoles, en la que se presentaron cambios sociales fuertes y una reducción importante en el volumen de la población, llegando a tan solo 1.9 ^{5/} millones en 1595 ^{6/}, ésta comenzó a recuperarse hasta llegar a contar en los inicios del siglo XIX con 5.7 millones de personas.

El hecho de que México alcanzara una época de tranquilidad social, después de la lucha revolucionaria, aunado a los beneficios que reportó la importación de logros tecnológicos, contribuyó a que se presentara una dinámica poblacional en la que se observan descensos en la mortalidad, con lo que se inicia la llamada "transición demográfica".

Sin embargo, la natalidad, a partir del período --- 1920-1924 se mantiene elevada, en niveles de alrededor de 45 nacimientos por cada mil habitantes, lo que permitió una duplicación de la población en tan solo 20 años, de 1960, en -- que México tenía 36.0 ^{7/} millones de habitantes a 1980, año -

^{3/} Ibid.

^{4/} Naciones Unidas. Monthly Bulletin of Statistics, 30 (Sept, 1976).

^{5/} Se estima que la población indígena en 1519, ascendía a - 25.2 millones.

^{6/} La Planificación Familiar en México 1982. S.S.A. Consejo Nacional de Población. 1982.

^{7/} Censo General de Población 1960, Dirección General de Estadística. S.I.C.

en que de acuerdo a los resultados censales preliminares, se enumeraron 69.3 ^{8/} millones, llegando a tasas de crecimiento tan altas como 3.5% anual, que ubicaron a nuestro país entre los de más alto crecimiento en el mundo.

Con estos antecedentes, y sabiendo que de conti---nuar estas pautas de crecimiento, el país podría llegar al -siglo XXI con 128.3 ^{9/} millones de habitantes, se tomaron me-didas gubernamentales a este respecto, a través de una polí-tica demográfica que permitiera un crecimiento acorde a las posibilidades y necesidades del país.

Resultado de ella fué el establecimiento de programas orientados básicamente a los aspectos de migración y crecimiento de la población, centrándose este último en programas de planificación familiar que contemplaran tanto la edu-cación en este tema como la promoción de tecnología anticon-ceptiva, todo ello, a través de las instituciones gubernamentales, especialmente las de salud.

A través de este programa se procuró especialmen--te, hacer accesibles estas facilidades a la población que habita en las áreas rurales, a través de diversos sistemas no utilizados con anterioridad en el país.

Considerando que la implementación de estos programas constituyen una nueva experiencia, y que por lo mismo requiere en gran medida de estudios que lleven a un óptimo de-sarrollo de los mismos, se decidió realizar un proyecto --

8/ Población censal preliminar corregida por subenumeración y proyectada al 30 de junio de 1980.

9/ México Demográfico. Breviario 1980-81. Consejo Nacional de Población, México. 1982.

que evaluara las acciones llevadas a cabo por uno de estos -- sistemas en algunos estados de nuestra república.

Así, el propósito de esta tesis es, por un lado pre sentar los resultados de esta evaluación, y por el otro, expo ner la metodología utilizada en este proyecto, ya que siendo uno de los primeros estudios sobre Planificación Familiar lle vados a cabo en localidades rurales, pudiera aportar elemen-- tos útiles para la realización de otros estudios similares en este campo.

Capítulo I Marco Teórico

1. Antecedentes.

El cambio en la política poblacional en México se inició en 1973 con la aprobación de la Ley General de Población, basada en el artículo 4º Constitucional y cuyo objeto es "regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social" 1/.

Este hecho dió lugar al establecimiento de programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud del sector público, formalizándose estas actividades en octubre de 1977, al presentarse en la IX Sesión Ordinaria del Consejo Nacional de Población el Plan Nacional de Planificación Familiar.

En este documento se establecen los objetivos, metas, sistemas de información y evaluación así como las estrategias para la adecuada implementación de los programas urbanos y rurales.

En cuanto al programa rural, cabe mencionar que surge como una respuesta a las condiciones de salud, socioeconómicas y culturales en estas áreas, donde se observan entre otras:

- Elevada mortalidad y morbilidad materno-infantil.
- Desnutrición y deficiencias nutricionales en el crecimiento y desarrollo de mujeres y niños.

1/ Ley General de Población. Capítulo I, Artículo 1. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de enero de 1974.

- Nupcialidad temprana y alta paridad aunada a embarazos de alto riesgo en mujeres mayores de 35 años.

Dadas las características antes citadas, además de la deficiente infraestructura institucional de atención médica, que se refleja en la falta de acceso a los servicios de salud y la consecuente baja disponibilidad de servicios de planificación familiar, se proponen como objetivos básicos para este programa :

- Incrementar los servicios de salud y planificación familiar para alcanzar una cobertura mayor.
- Hacer llegar a esta población información, motivación y educación sobre conceptos, métodos y beneficios de la planificación familiar.

Las estrategias primordiales a seguir para la implementación y desarrollo de este programa son:

- Realizar, con la participación activa y organizada de los miembros de las comunidades, y dentro de los programas de salud de contacto primario, las actividades de planificación familiar.
- Crear unidades de planificación familiar en las que colaboren los agentes tradicionales de salud, e incorporar como enlaces a los líderes locales y grupos voluntarios de la localidad.
- Utilizar la estructura existente de los servicios de salud, para favorecer el acceso al programa, así como adiestrar y supervisar al personal responsable de las acciones aplicativas.

Como consecuencia de estas estrategias, las dos instituciones de salud, que prestan servicios a la población rural, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, han incrementado sus actividades en lo que a planificación familiar y salud materno-infantil se refiere, el primero a través del programa IMSS-COPLAMAR y-

las parteras empíricas, y el segundo con la implementación del Programa de Salud Rural.

Sin embargo, estos esfuerzos para incrementar la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud no son suficientes. Baste citar que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cubría en 1980, mediante su programa, a alrededor de 12,000 comunidades entre 500 y 2500 habitantes de las 95,410 ^{2/} localidades menores de 2,500 habitantes -- que existían en el país.

Esta carencia de recursos dió lugar a que a media no plazo se establecieran mecanismos de colaboración con diversos organismos, en su mayoría Secretarías de Estado, como la de Educación Pública, de Reforma Agraria, de Agricultura y Recursos Hidráulicos, a fin de apoyar las acciones - del programa en las áreas rurales del país, asociando estas actividades con las de fomento y desarrollo integral de la comunidad.

2/ Agenda Estadística 1977. Secretaría de Programación y -- Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional - de Información. México. 1978.

2. Organización y funcionamiento.

El programa que dirigió la Secretaría de la Reforma Agraria, a través de la Dirección General de Promoción Social Agraria, se regía, como se había citado anteriormente, por las normas establecidas por una comisión interinstitucional integrada en este caso por: la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, la Secretaría de la Reforma Agraria, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, - mismas que intervinieron en la concepción del proyecto.

La estrategia se diseñó para proporcionar servicios de atención materno-infantil y planificación familiar a comunidades rurales con una población menor a 1,000 habitantes que no contaban con servicios institucionales de salud.

En particular, la Secretaría de la Reforma Agraria, por el tipo de actividades que desarrolla, y el consecuente conocimiento de estas comunidades en cuanto a tamaño, localización y organización, era la más indicada para prestar este tipo de servicios a las poblaciones más desamparadas y alejadas físicamente de las instalaciones de atención médica.

Para el adecuado desarrollo de proyecto, se planteó que la prestación de servicios se llevara a cabo en dos etapas, las cuales serán descritas a continuación.

a) Primera etapa.

El objetivo primordial en esta fase se centró tanto al establecimiento de un sistema de promoción y distribución de métodos anticonceptivos como a la prestación de servicios mínimos de atención a la salud, lo que se lograría, - en primera instancia, con la participación voluntaria de un miembro de la propia comunidad, el cual contaría con un apoyo periódico en cuanto a abastecimiento de material y aten-

ción en casos complicados de salud, además de dársele un curso básico sobre estos temas.

Las actividades de campo a que se refiere este esquema comenzaron en octubre de 1978 y terminaron en diciembre de 1979, habiéndose implementado en los siguientes 10 estados: Campeche, Coahuila, Durango, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa.

Recursos.

Para la consecución de los objetivos de esta fase se planeó la formación de brigadas estatales constituidas -- por un promedio de seis brigadistas y un jefe de brigada de la Secretaría de la Reforma Agraria, además de una enfermera de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Este personal contó con el siguiente equipo para la realización de sus actividades:

- Una camioneta
- Un generador de electricidad
- Un proyector sonoro y películas
- Seis megáfonos de pilas

Adicionalmente, se proporcionó material anticonceptivo de acuerdo a las necesidades particulares de cada entidad, poniéndose a disposición de la población cubierta por el programa los siguientes métodos:

- Pastillas
- Preservativos
- Dispositivos intrauterinos
- Esterilización

Adiestramiento.

El personal seleccionado por la Secretaría de la Reforma Agraria, para trabajar en el programa, carecía, en mu

chos de los casos, de los conocimientos básicos para ejecutar su tarea, por lo que se adiestró durante 2 semanas al jefe de brigada y a los brigadistas en aspectos de uso y distribución de métodos anticonceptivos, así como en temas de educación en planificación familiar. Adicionalmente se capacitó a los Jefes de Mesa de Promoción Social en aspectos administrativos, a fin de habilitarlos como responsables del programa en la entidad.

Estos cursos de capacitación se realizaron en la capital del estado correspondiente, con la intervención del personal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Estrategia de trabajo.

La manera en que se realizaría la labor de campo se puede resumir de la siguiente forma:

A nivel estatal, el programa se coordinaría directamente en la Delegación de la Secretaría de la Reforma Agraria, siendo la persona encargada de esta coordinación el propio Jefe de Mesa de Promoción Social, quien además realizaba la tarea de supervisión del mismo.

Una vez organizado el plan de trabajo semanal, los brigadistas y el jefe de brigada se debían reunir los lunes en la capital estatal, o en su defecto en alguna cabecera municipal, de acuerdo a la programación efectuada por el jefe de brigada y el Jefe de Mesa de Promoción Social. Una vez reunidos, se debían dirigir al área geográfica determinada, llevando consigo el material de promoción, repartiéndose los brigadistas, en las comunidades, de acuerdo al número de poblaciones a visitar en la semana.

Ya encontrándose en las localidades, promoverían reuniones con los habitantes, en las que se haría la promo---

ción de métodos anticonceptivos, utilizando para ello el material asignado. En esta plática se seleccionaría a una persona que se pudiera hacer cargo del funcionamiento del programa en la comunidad, siendo esta persona, de preferencia, una con conocimiento sobre el tema y cierta jerarquía en la comunidad, - por ejemplo la comadrona o partera empírica.

A esta persona seleccionada, se le debía adiestrar - en el uso de métodos anticonceptivos, sus efectos secundarios y contraindicaciones, lo cual se realizaría durante el período de estancia de los brigadistas.

Por otra parte, se registraría a las mujeres que después de la proyección o plática decidieran adoptar alguno de los métodos anticonceptivos disponibles, y proporcionándole a la promotora voluntaria la cantidad adecuada de métodos de control natal para la provisión a las usuarias hasta que la comunidad volviera a ser visitada, lo cual debía suceder aproximadamente cada 3 meses.

El tiempo de permanencia en la población sería variable, dependiendo, tanto de la programación semanal, como de la facilidad para realizar las funciones encomendadas, aunque se planteaba un promedio de 2 días.

Si alguna de las usuarias inscritas en el programa - optaba por un método no proporcionable en la comunidad, específicamente, el dispositivo intrauterino o un método definitivo, se llenaría una forma especial a fin de referirla a algún hospital o clínica de la S.S.A. para la obtención de dicho método, encargándose la enfermera de esta institución de que esta referencia se realizara correctamente y la paciente fuera atendida de manera adecuada.

Este mecanismo debía ser el que operara en la primera visita de la brigada a las comunidades. En las visitas sub

secuentes el procedimiento sería similar en cuanto a la sensibilización de la población, dado que sería probable que a la primera plática no asistieran la totalidad de las mujeres en edad fértil unidas, objetivo del programa.

En lo que se refiere a las usuarias ya incorporadas, se realizarían visitas domiciliarias con la promotora voluntaria, a fin de detectar y solucionar los posibles problemas que estas usuarias pudieran presentar debido al uso de los métodos, y si el estado de la paciente lo ameritaba, se debía referir al siguiente nivel de atención.

Al terminar la visita, los brigadistas debían reabastecer de material anticonceptivo a la promotora voluntaria, tomando como referencia sus registros de usuarias.

b) Segunda etapa.

Durante el período de Diciembre de 1979 a Noviembre de 1981, operó el programa en 15 entidades, de la siguiente manera:

De los 10 estados que participaron en la parte inicial del programa, se seleccionaron, de acuerdo a diversos aspectos, tales como los recursos con que contaban y el desarrollo del programa, los estados de Coahuila, Durango, Jalisco, Michoacán y Sinaloa para continuar en ellos la primera estrategia de trabajo.

Adicionalmente, los estados de Guanajuato, Guerrero, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas fueron incorporados al proyecto, desarrollándose en éstos, al igual que en los 5 estados anteriormente citados, la estrategia inicial.

Las 5 entidades restantes: Campeche, Hidalgo, Morelos, Oaxaca y San Luis Potosí, después de aproximadamente un año de

operación de la primera etapa, modificaron las actividades, conformando la segunda fase, llamada "seguimiento de usuarias", el cual es el último paso en el desarrollo del programa y cuya descripción se presenta a continuación.

El sistema implementado para el "seguimiento de usuarias" tiene bases semejantes a las que encontramos en la fase anterior. Los cambios establecidos se presentan esencialmente en la prestación de servicios, modificándose únicamente la organización en el nivel estatal, como se podrá comprobar en los siguientes puntos de la descripción.

Recursos.

El equipo a cuyo cargo quedó la ejecución del trabajo de campo, quedó integrado por la enfermera de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que laboraba en la primera etapa del programa, y por parte de la Secretaría de la Reforma Agraria, un auxiliar de promoción social que, en vista de la preparación teórica y la experiencia en el trabajo de campo, fué seleccionado del grupo de brigadistas.

El material asignado al grupo para la prestación de los servicios consistió en productos anticonceptivos, de acuerdo a la demanda existente en cada entidad y la camioneta que se utilizó en la parte inicial del programa.

Adiestramiento.

Las personas que intervinieron en esta parte del proyecto, como se expuso en el punto anterior, ya habían colaborado anteriormente en la prestación de servicios de planificación familiar, y contaban ya, además de la experiencia de campo, con un curso de capacitación en este campo, por lo que este adiestramiento se enfocó al conocimiento de la estrategia que prevalecería en lo subsecuente, no presentando

ésto mayores dificultades para la implementación.

Estrategia de trabajo.

Mediante el nuevo sistema, se pretendió establecer una red de atención y abastecimiento de metodología anticonceptiva en las comunidades que fueron cubiertas por la fase inicial del programa, por lo que el procedimiento fue similar en esta etapa. Sin embargo se considera conveniente describirlo con la intención de dar un panorama completo del programa.

El esquema planteado para el trabajo de campo fue el siguiente:

Semanalmente se establecería un programa de trabajo en colaboración con el Jefe de Mesa de Promoción Social.- Con él se debían revisar los registros de las comunidades visitadas y las fechas en que estas visitas se hicieron. En base a esto se seleccionarían las poblaciones a visitar en ese período semanal.

Una vez elaborado el itinerario, partirían hacia las localidades, y una vez en ellas, debían revisar las formas de registro del promotor voluntario, y con él, visitar a las usuarias para detectar posibles problemas de salud, y a las exusuarias para indagar la causa del abandono del programa.

Por otra parte, si se llegara a encontrar algún caso grave de salud entre la población, esta persona sería referida al siguiente nivel de atención de la Secretaría de Salud y Asistencia, usando este mismo procedimiento para alguna mujer, ya fuera usuaria, ex-usuaria o no usuaria que deseara adoptar algún método disponible únicamente en estos centros, tales como el dispositivo intrauterino o la esterilización.

Al terminar la visita, que en esta fase no duraría en promedio más de un día, se debía proporcionar al promotor - voluntario la cantidad de anticonceptivos necesaria para atender las demandas de la población hasta que el equipo retornara a la localidad.

Es necesario hacer notar aquí, que a diferencia de la etapa inicial, en ésta no se programó el organizar pláticas o, en general, realizar actividades para la promoción de métodos de control natal. De esta manera, el equipo estaría en posibilidades de visitar periódicamente las comunidades y mantener de esta forma a las usuarias que adoptaron algún método para controlar su fecundidad.

c) Sistema de Información.

En las dos etapas del programa, la información fué manejada de manera semejante, aunque los datos proporcionados por este sistema no fueron esencialmente los mismos, dadas -- las diferencias en los objetivos de cada fase ^{3/}.

El programa que ocupa en este momento nuestra atención es uno de reciente creación, en comparación con otros -- que funcionaban desde el inicio de las actividades de planificación familiar en distintas instituciones del Sector Salud, -- por lo que, con el fin de que la información de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar fuera uniforme, para efectos de éste, se utilizaron formas similares a las de otros programas afines, tanto para la incorporación de usuarias como para la notificación de acciones desarrolladas, de tal forma que, en todos los niveles de la estructura, se -- facilitara el manejo, tanto para control como para la evaluación del programa.

^{3/} Recuérdese que en la parte final del programa no se realizaron actividades de promoción.

Flujo de la información.

El sistema de información establecido para la captación y manejo de la misma en los distintos niveles de la estructura se conforma de la siguiente manera:

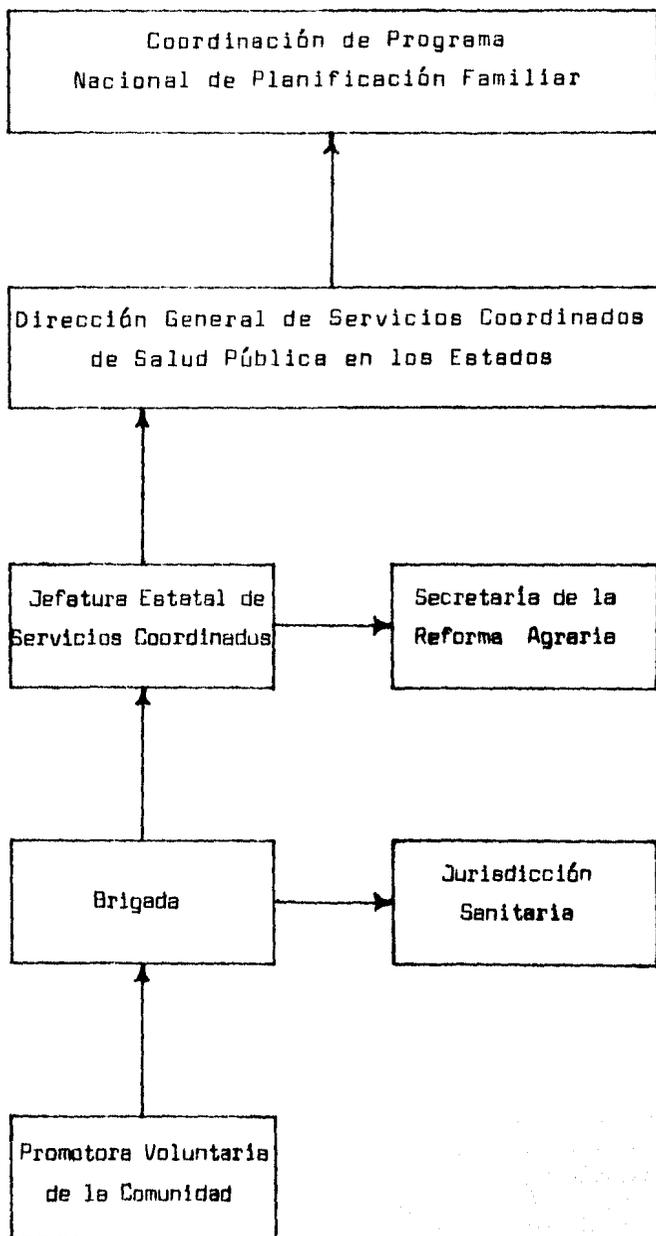
La primera actividad se llevaba a cabo en la comunidad, a través de la promotora voluntaria, la cual utilizó una forma denominada "Calendario de Control de usuarias", el cual cubría un doble propósito, por una parte se utilizaba como registro de usuarias para el sistema de información, y por el otro como un sistema de control de estas usuarias, ya que en él se encontraban asentadas diversas características de la mujer y de su uso de métodos anticonceptivos, como edad, número de hijos, método utilizado, fecha de entrega del método, etc., razón por la cual dicha forma debía permanecer bajo su poder. Dadas estas circunstancias, los brigadistas, en cada visita a la localidad, copiaban de este calendario la información del número de usuarias por método utilizado y mes, en un Registro Permanente de cada localidad.

Posteriormente el equipo completo de brigadistas -- llenaba mensualmente una tercera forma llamada "Informe de -- Brigada", el cual contenía los datos del número de usuarias -- por método utilizado, de la totalidad de comunidades visita-- das durante dicho período.

De este informe se entregaba una copia al jefe jurisdiccional que corresponde, y otra a la Unidad de Programación de la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, encargándose esta Unidad de realizar el resumen correspondiente y enviarlo al Jefe de Mesa de Promoción Social y a la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados donde se concentraba la información a nivel nacional, turnándose una copia a la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

GRAFICA I.1

FLUJO DE INFORMACION DEL PROGRAMA DE LA S.R.A.



3. Justificación.

En vista de la situación prevaleciente en las áreas rurales mexicanas, el programa "Planificación Familiar en Ejidos y Comunidades Rurales" cobra gran importancia, pues dicho programa surgió como una respuesta a las condiciones de salud en estas áreas. El proyecto tomó en consideración la reali--dad sociodemográfica y cultural de nuestro país, así como la infraestructura de salud existente en el mismo.

Ante todo, el programa a cargo de la Secretaría de la Reforma Agraria, representó un esfuerzo enfocado a mejorar la salud en las localidades campesinas. Su objetivo general fue el de ampliar la prestación de servicios de atención primaria de la salud a estas áreas, en base a la participación -de la comunidad.

Dada la importancia que representa el programa de - Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar en el mo--mento actual del desarrollo del país, se hace necesario una - evaluación del cumplimiento de los objetivos y estrategias -- propuestas por el programa, máxime cuando se trata de un sistema cuya implementación es una nueva experiencia en este campo.

En particular, se sabe que al terminarse la primera fase del proyecto, en los estados en que funciona esta estrategia inicial, se continuará dando servicio a las usuarias -- que hayan sido incorporadas al programa.

Los estados de Campeche, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí y Oaxaca implementaron ya la fase de seguimiento de -- usuarias de métodos anticonceptivos. Es esta la etapa que se establecerá en los demás estados; por esta razón resulta relegante conocer la situación de los cinco estados antes mencionados, puesto que la información que se derive de esta investigación, dará pautas para rediseñar las estrategias y lograr

la continuidad de los servicios, y por ende, de las usuarias de planificación familiar no sólo en las entidades estudiadas, sino también en las que aplicarán la estrategia final - en el mediano plazo.

Teniendo en cuenta que "el concepto de cobertura - implica el reconocimiento de una relación en la cual entran en juego, por una parte, las necesidades y aspiraciones de - la población, que constituyen la demanda de servicios y por la otra los recursos disponibles y su organización que configuran la oferta para satisfacer esa demanda" ^{4/}, se propone adentrar en el estudio de este proceso dinámico desde sus -- dos partes: la comunidad y la estructura de salud.

Finalmente, consideramos oportuno señalar que "el objetivo fundamental de los sistemas de salud es dar a todos y cada uno de los miembros de la comunidad, acceso oportuno y suficiente a los servicios....." y que la "accesibilidad implica existencia del servicio, amplitud del mismo y disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para satisfacer - las necesidades, y la prueba del acceso a los servicios, en el uso mismo del servicio y no simplemente su existencia" ^{5/}.

4. Objetivos.

De las definiciones que diversos autores presentan sobre la evaluación de programas sociales cabe destacar la - de Klineberg ^{6/}, quien establece: "es un proceso que permite

^{4/} Castellanos, Robayo Jorge: "Situaciones de cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria" del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Junio de 1977, Pág. 479.

^{5/} Ibidem. pág. 483.

^{6/} Suchman A. Edward: "Evaluative Research. Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs". - Rosell-Sage Foundation. New York. 1967.

al administrador conocer los efectos de su programa y de esta manera hacer ajustes progresivos con la finalidad de alcanzar sus metas más efectivamente", entendiéndose por efectividad la capacidad de llevar a cabo un programa exitosamente.

Profundizando en esta definición, Scriven ^{2/} introduce los términos "formativa" y "globalizadora" para distinguir entre dos tipos de evaluación. La primera se diseña para mejorar un programa cuando aún esté en acción, mientras la segunda se diseña para evaluar un producto una vez que se encuentra completamente terminado.

Por otro lado, Bigman ^{2/} se expresa sobre los propósitos de una investigación evaluativa, listando los principales usos de ella, a saber:

- Descubrir si los objetivos se están cumpliendo y qué tan bien se cumplen.
- Determinar las razones de fallas y éxitos específicos.
- Descubrir los principios que fundamentan un programa exitoso.
- Redefinir los medios a utilizar para lograr los objetivos, así como para redefinir metas, a la luz de los hallazgos de la investigación.

Tomando en cuenta la característica especial de novedad que involucra la estrategia aquí estudiada, podemos establecer que su planeación es una primera aproximación de lo que a grandes rasgos se desea de éste, y que los objetivos y metas establecidos en ella no tienen respaldo experimental alguno en el país.

^{2/} Ibid.

Esto nos lleva a pensar que para que una evaluación del programa resulte de utilidad, debe contemplar no sólo el objetivo de proporcionar una medida cuantitativa del logro de una meta, sino también, y esto se considera indispensable, el tratar de determinar los factores cualitativos que pudieran - provocar los aciertos y errores del programa, proporcionando así a los tomadores de decisiones, los elementos necesarios - para modificar las acciones de éste, de manera que logre el - efecto deseado en la población.

Bajo estas consideraciones presentamos los siguientes objetivos del estudio:

Generales:

Conocer en qué medida la estrategia utilizada cumple con la necesidad de ampliar la cobertura de los programas de planificación familiar, así como analizar si las actividades desarrolladas en cuanto a educación y promoción de metodo logia anticonceptiva se adecúan a la población atendida.

Específicos:

- Elaborar una descripción de las mujeres que utilizaron los servicios del programa.
- Estimar el cumplimiento de la meta de usuarias activas establecida al inicio del programa.
- Determinar la veracidad del sistema de información utilizado, como fuente de evaluación del programa en cuanto a la prestación de servicios de planificación familiar.
- Determinar si la implementación del programa en -- las localidades en que funciona, obedece al objetivo de ampliar los servicios de planificación familiar a las poblaciones más alejadas de las instituciones de salud.
- Verificar si la estrategia de información y promoción de métodos de control natal se llevó a cabo y determinar la calidad de la misma.

-Determinar la calidad de los servicios proporcionados por los diversos agentes del programa a las usuarias inscritas en él.

Capítulo II

Metodología

1.- Metodología de investigación y alcances del estudio.

El sistema de investigación del que teóricamente se pueden obtener los resultados más confiables es el que corresponde al diseño de experimentos en el cual se selecciona aleatoriamente un grupo experimental y uno control. Al primero - de ellos se le aplica algún tratamiento o programa, midiéndose los resultados de éste, tomando como referencia al grupo - control, el cual no se le aplicó tal programa.

Con este diseño, los cambios encontrados en el grupo experimental, pueden ser debidos a diferencias iniciales - en los dos grupos, aunque ésto puede descartarse si se tiene el cuidado de hacer una selección aleatoria de las poblaciones. Si esto ocurre, entonces las diferencias con el grupo - control se deberán únicamente a los efectos del programa, --- puesto que los cambios que ocurrieron no como efecto del programa, se presentarán teóricamente en ambas poblaciones, lo - cual además permite hacer varias observaciones en el tiempo - sin que diversos factores externos al estudio afecten los resultados de estas observaciones.

El incluir al grupo control nos permite entonces estudiar los diferenciales de este grupo con el experimental, y de esta manera llegar a conclusiones más acertadas sobre el - impacto de la acción implementada.

Sin embargo, tomando en consideración las características propias del programa aquí estudiado, tanto en su implementación como en su operación, es fácilmente apreciable - la imposibilidad de aplicar el sistema de investigación antes descrito, pues resultaría contrario a la ética el no propor--

cionar deliberadamente servicios a un sector de la población objetivo del programa.

Por otra parte, la evaluación del programa se planeó no como una actividad inmediata, sino como un estudio - que se realizaría en el transcurso de las acciones de éste.

Debido a los factores ya expuestos, para la presente investigación se optó por la utilización de un diseño que parte básicamente de un experimento aleatorio, en el que intervienen diversas técnicas de investigación evaluativa. -- Una de ellas es la que corresponde a "estudios retrospectivos", que permiten obtener información de diversos aspectos anteriores al inicio del programa, lo cual nos proporciona - un marco de referencia de la situación prevaleciente en --- ausencia del programa, sustituyendo de alguna manera la in-- formación que nos pudiera proveer un grupo control.

En particular, esta técnica de estudio fué seleccionada a pesar de los problemas de memoria que algunos autores le adjudican ^{1/}, puesto que en este caso, el proyecto no abarca más de un año, minimizando ésto los referidos problemas, puesto que en otros estudios de este tipo, se ha investigado en períodos mayores, sin sesgos aparentes debidos a - lo lejano de los acontecimientos.

En cuanto al alcance del estudio, se puede mencionar que el esquema de evaluación antes descrito pretende proporcionar información relevante respecto a la efectividad -- del programa, a fin de poder dar los elementos necesarios para una adecuada retroalimentación del sistema para la implementación del programa en otros estados y asimismo realizar las modificaciones pertinentes en las entidades en que se encuentra funcionando.

1/ Rossi Peter y Wright Sonia: "Evaluation Research An Assessment of Theory, Practice and Politics" en Evaluation Quarterly. Vol. I No. 1. February 1977. Pág. 34.

2. Diseño de los cuestionarios.

La confiabilidad de la información obtenida en la entrevista reside primordialmente en el adecuado diseño de los instrumentos de captación. En particular, se ha comprobado que un cuestionario demasiado extenso provoca cansancio en la entrevistada, disminuyendo así la calidad de la información, por lo que los cuestionarios aquí utilizados tienen una duración promedio de 12 minutos. Un factor que permitió minimizar el tiempo de entrevista fué la inclusión de un alto porcentaje de preguntas cerradas que facilitara la anotación de las respuestas, evitando la pérdida de tiempo que representa el registro textual de ésta.

Por otra parte, puesto que es necesario indagar acerca de aspectos personales, la distribución de las preguntas a lo largo de los cuestionarios se hizo de tal manera que propiciara una relación de confianza, reduciendo con ello el número de rechazos y de entrevistas incompletas.

Con el fin de contar con información completa del desarrollo del programa, que nos permitiera estudiar éste desde varios puntos de vista, se planeó la elaboración de tres tipos de cuestionarios, aplicables cada uno a un grupo de personas que de alguna manera estaba relacionado con el programa.

Estos cuestionarios fueron:

1. Cuestionario para usuarias y ex-usuarias del programa de la S.R.A.
2. Cuestionario para promotor voluntario de la S.R.A.
3. Cuestionario para mujeres en edad fértil y en unión, no usuarias del programa.

- 1.- El cuestionario para usuarias y ex-usuarias del programa, se considera como el instrumento básico de captación de información, puesto que este grupo de mujeres es el receptor directo de los servicios proporcionados, y por lo tanto el más afectado en cuanto a la adecuada o no adecuada prestación de aquéllos.

Los temas incluidos en este cuestionario son:

- 1.1. Características generales y fecundidad
- 1.2. Disponibilidad de servicios de salud
- 1.3. Conocimiento del programa y atención
- 1.4. Uso de anticonceptivos.

- 1.1. Características generales y fecundidad.

Con las preguntas contenidas en esta sección se desea obtener una serie de datos que nos permita determinar las particularidades de las mujeres -- que utilizan o utilizaron los servicios proporcionados por el programa, además de profundizar en el análisis, relacionando estas variables con las contenidas en los otros apartados del cuestionario.

- 1.2. Disponibilidad de servicios de salud.

A través de esta sección se pretende obtener información acerca del acceso que la población tiene a los servicios institucionales e informales de salud, y ubicar los servicios de la S.R.A. en este contexto.

- 1.3. Conocimiento del programa y atención.

Este apartado constituye la parte medular del cuestionario, y su objetivo es proporcionar información acerca de la manera en que se ha aplicado

el programa en cuanto a la calidad de la información y atención recibidas, a través de la percepción que la mujer tenga de estas acciones.

1.4. Uso de anticonceptivos.

El objetivo de este apartado es conocer la condición de uso de anticonceptivos de las mujeres, y contar con información acerca de las diversas características de este uso.

- 2.- La promotora voluntaria juega un papel preponderante -- dentro del programa analizado, al centrarse en ella un alto porcentaje de las actividades, tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios a la comunidad, como en los aspectos de adiestramiento, abastecimiento, - apoyo y supervisión por parte de los demás componentes del sistema. Es por ésto importante conocer a través - de este personaje los aspectos relevantes del funcionamiento del programa, básicamente en el nivel comunita--rio.

Las secciones que contiene el cuestionario desarrollado para los promotores voluntarios son:

- 2.1. Características personales
- 2.2. Selección y adiestramiento
- 2.3. Servicios prestados a la población
- 2.4. Supervisión y apoyo
- 2.5. Uso de anticonceptivos.

2.1. Características personales.

El objetivo de esta sección es al igual que en el cuestionario anterior, contar con la información necesaria que nos permita formar un perfil de este agente comunitario, y utilizar esta referencia para relacionarla con el desarrollo del programa.

2.2. Selección y adiestramiento.

Esta sección pretende proveer información acerca de los criterios con los que esta persona fué seleccionada, y por otra parte conocer qué tipo de capacitación se le proporcionó, durante cuánto tiempo y con qué contenido, además de qué necesidades de capacitación tiene, de acuerdo a las demandas de la comunidad.

2.3. Servicios prestados a la población.

Este apartado proporciona información acerca del sistema de promoción y atención que utiliza con las mujeres de la comunidad, así como del número de usuarias que al momento de la entrevista consiguen el método con ella. Adicionalmente capta información sobre los problemas de salud encontrados en estas mujeres, y la manera en que los resuelve.

2.4. Supervisión y apoyo.

La información que abarca este rubro es la que se refiere a la frecuencia con que recibe la visita del personal del programa, así como las actividades realizadas en ésta, cuál ha sido el apoyo recibido en cuanto a los problemas de salud de las usuarias y qué importancia se le atribuye a esta visita, como un apoyo para el desarrollo de las funciones.

2.5. Uso de anticonceptivos.

Este apartado del cuestionario permite complementar la información acerca de las características personales de la promotora, pues este uso de anticonceptivos y sus peculiaridades puede ser un fac

tor que ayude a esta persona en el desempeño de -- sus actividades, dada la experiencia que este uso- le proporciona.

- 3.- La primera actividad que se planeó dentro del proyecto, dentro del área operativa es aquella que se refiere a la promoción de métodos anticonceptivos a través de pláti-- cas en las localidades, siendo entonces la población ob- jetivo, las mujeres en edad fértil y en unión dentro de- las comunidades visitadas.

Un cuestionario aplicado a este universo nos proporciona ría alguna información acerca del conocimiento del pro-- grama, y, en último caso, razones de no utilización de - estos servicios, lo cual puede ser relevante, aunque de- pende de la proporción de estas mujeres que tuvieron con- tacto con el programa, constituyendo esta proporción un elemento importante para medir la efectividad en la orga- nización y desarrollo de las pláticas ofrecidas, aspecto que, como se mencionó anteriormente es necesario eva---- luar.

Sin embargo, el trabajo cartográfico necesario para obte- ner una muestra aleatoria de esta población, representa un costo superior al que tiene la selección de la mues-- tra para usuarias y ex-usuarias del programa.

Tomando en consideración estos costos, y sabiendo que -- existe la posibilidad de obtener información escasa aun- que no inútil del grupo de mujeres en edad fértil y en - unión, se optó por desarrollar un muestreo por cuotas no probabilístico.

Puesto que un muestreo de este tipo no permite llegar a- conclusiones válidas sobre el programa, la información - proveniente de ese instrumento de captación no se utiliza en el presente estudio.

Cabe mencionar finalmente que este cuestionario fué similar al de usuarias y ex-usuarias, con variaciones en la sección dedicada a la prestación de servicios anticonceptivos.

Finalmente, para complementar los datos obtenidos en las localidades, y como una posible fuente de información -- acerca de las causas probables de dificultades y problemas en el funcionamiento del programa, se elaboró una -- Guía de Entrevista.

Esta guía sería aplicada a los encargados por parte de - la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la Secretaría de la Reforma Agraria del programa a nivel estatal.

La utilización de una guía de entrevista en este nivel - de la estructura en lugar de un cuestionario se justifi- ca con el hecho de que la guía permite profundizar en algunos aspectos del programa de acuerdo a la organización y Coordinación entre las instituciones en cada estado, - limitándose esta factibilidad al imponer un orden y ex- tensión a los diversos temas.

3.- Diseño y tamaño de la muestra.

El esquema muestral diseñado para este proyecto obedece a la necesidad de contar con información sobre la totalidad de las comunidades visitadas por el equipo de la Secretaría de la Reforma Agraria en los cinco estados que intervinieron en este estudio. Asimismo se tomaron en consideración para la selección del diseño, tanto los recursos humanos y materiales como lo limitado de la información para la creación de un marco muestral.

Para la selección de la muestra, tanto de usuarias y ex-usuarias como de promotores voluntarios, se conformó un marco muestral a través de los reportes que se recibieron en el nivel central. Con estos reportes se elaboró un resumen que presentara las localidades en que funcionaba el programa así como el número de usuarias inscritas en cada una de ellas, permitiendo esta última información, ordenar las localidades progresivamente de acuerdo al número de estas usuarias.

Con esta información, y dado que el presupuesto -- asignado a este proyecto fué limitado, se diseñó un esquema de muestreo que minimizara los costos del trabajo de campo, ya que este absorbe gran cantidad de recursos.

El sistema de muestreo utilizado fue biétapico para el grupo de usuarias y ex-usuarias. En una primera etapa de obtención de la muestra, que se llevó a cabo en el Distrito Federal, se seleccionaron las localidades del programa con -- probabilidad proporcional al número de mujeres reportadas.

La segunda etapa consistió en la selección, ya en -- contrándose en la localidad, de las usuarias y ex-usuarias, de acuerdo a la siguiente regla:

Si se encontraban 10 mujeres inscritas o menos de - 10, de acuerdo a los registros de las promotoras voluntarias, se entrevistarían a todas, esto es, se practicaba un censo. - Sin embargo, si el número de estas mujeres era mayor que 10, - se realizaba una selección de 10 mujeres, para lo cual se proporcionó a las entrevistadoras tablas de números aleatorios y se adiestraron en su uso.

Esta selección se hizo para cada uno de los estados que intervinieron en el estudio. En cada caso, para la primera etapa, se llevó a cabo un muestreo sistemático, de la siguiente forma:

Se obtuvo el valor K , resultado de la división del total de usuarias registradas y el total de localidades a seleccionar en ese estado.

Este valor permitió seleccionar las localidades a través de la obtención de un número aleatorio entre 1 y k . - Este número selecciona la primera localidad, y sumándole a él la constante k , se obtuvieron las localidades restantes.

Dado el esquema de selección ya expuesto, y tomando en consideración la siguiente notación, se pueden obtener las probabilidades de selección en cada etapa, así como la estimación para el total de la característica "y" en las cinco entidades federativas en cuestión.

Sea

n_i Total de localidades seleccionadas en la entidad i ($i = 1, \dots, 5$)

n_{ij} Total de entrevistas realizadas en la localidad j ($j=1, \dots, n_i$) de la entidad i ($i=1, \dots, 5$) con $1 \leq n_{ij} \leq 10$

N_{ij}	Total de usuarias en la localidad j -- ($j=1, \dots, n_i$) de la entidad i ($i=1, 5$)
P_{ij}	Probabilidad de selección de la localida <u>d</u> j ($j=1, \dots, n_i$) de la entidad i -- ($i=1, \dots, 5$)
P_{ijk}	Probabilidad de selección de la k -ésima mujer ($k=1, \dots, n_{ij}$) de la localidad j ($j=1, \dots, n_i$) de la entidad i ($i=1, \dots, 5$)
K_i	Longitud del intervalo de selección en la entidad i ($i=1, \dots, 5$)
Y_{ijk}	Valor de la característica "y" en la k -ésima entrevistada ($k=1, \dots, n_{ij}$) - en la localidad j ($j=1, \dots, n_i$) de la entidad i ($i=1, \dots, 5$)
Y	Total de la característica "y" en las 5 entidades
\hat{Y}	Estimador del total

Con esta notación, las probabilidades de selección para unidades primarias de muestreo están dadas por

$$P_{ij} = \frac{n_{ij}}{K_i}$$

Para la segunda etapa, la selección de mujeres a - entrevistar, las probabilidades son:

1) Cuando el número de usuarias fue mayor que 10:

$$P_{ijk} = \frac{10}{n_{ij}}$$

ii) Cuando el número de usuarias fué menor que 10:

$$P_{ijk} = 1$$

Asimismo, la estimación para el total de la característica "y" está dada por

$$\hat{Y} = \sum_{i=1}^5 \sum_{j=1}^{n_i} \sum_{k=1}^{n_{ij}} \frac{1}{n_i p_{ij}} \frac{N_{ij}}{n_{ij}} y_{ijk}$$

Con la finalidad de tener la información que permitiera realizar un análisis más adecuado de la situación del programa en las comunidades, se decidió entrevistar a los -- promotores voluntarios de las localidades seleccionadas en la primera fase del muestreo para usuarias y ex-usuarias.

Esta selección permitiría que en algún momento se pudiera complementar la información de los cuestionarios de usuarias y ex-usuarias con la que se obtiene del cuestionario de la promotora por la que fué atendida, lográndose esta complementación a través de la identificación muestral.

Así, esta muestra fué seleccionada en una sola etapa, misma que coincide con la primera etapa de selección para usuarias y ex-usuarias, siendo por lo tanto iguales sus probabilidades de selección.

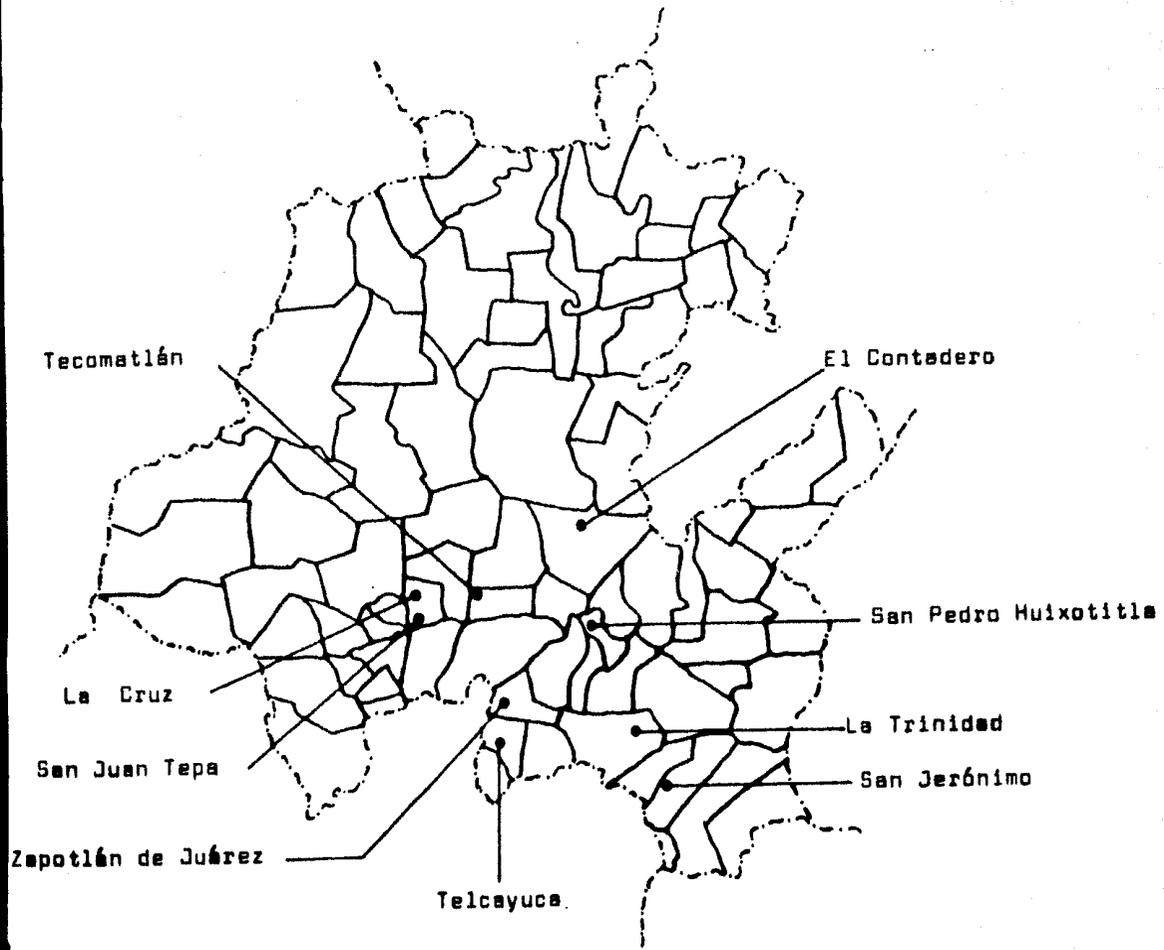
Con el método de selección anteriormente descrito se obtuvo una muestra de 36 localidades y 305 usuarias y ex-usuarias repartidas en las cinco entidades en estudio de acuerdo al siguiente cuadro.

Cuadro II.1

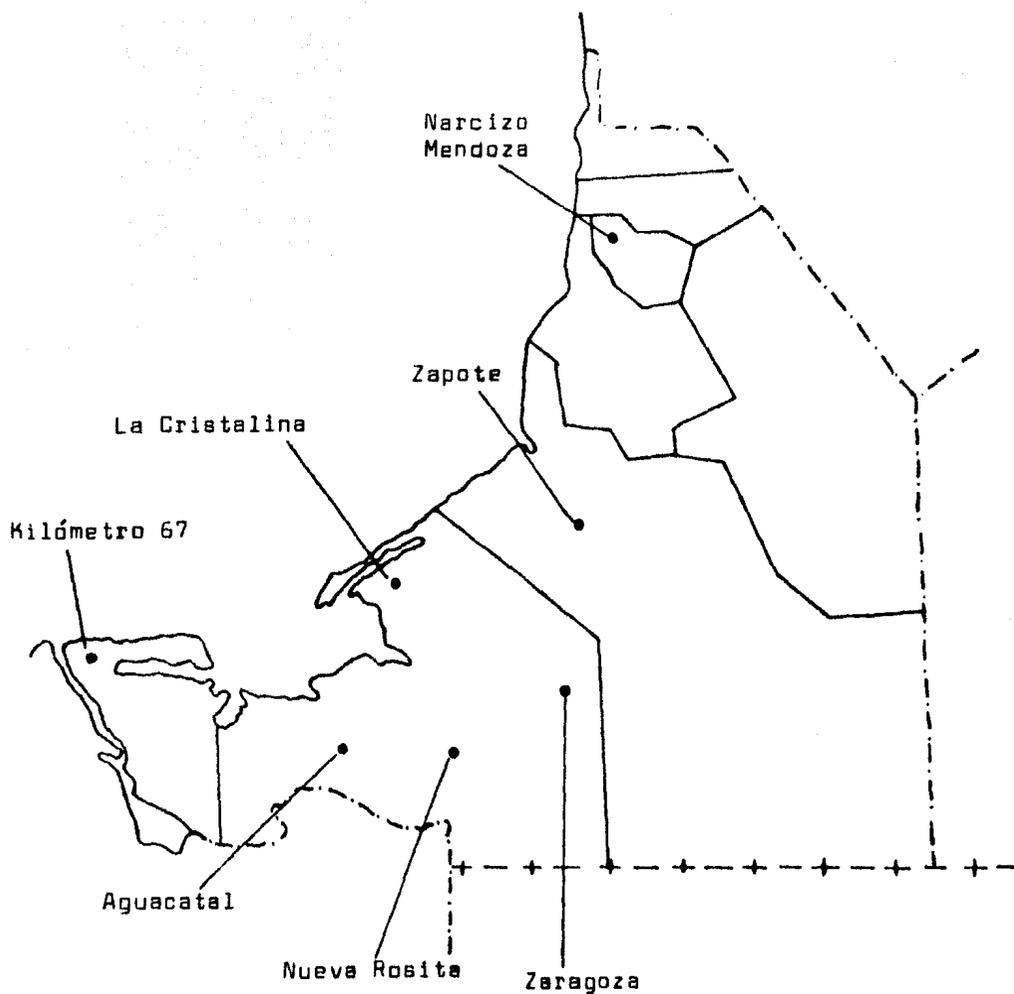
Localidades y número de usuarias y ex-usuarias en muestra

Localidad	Tamaño de muestra	Localidad	Tamaño de muestra
Kilómetro 67	6	CIVAC	10
Narciso Mendoza	7	El Caracol	10
Zaragoza	10	E. Jáuregui	10
Zapote	10	Rafael Merino	10
La Cristalina	10	San Andrés	10
Nueva Rosita	10	Col. Alejandra	10
Aguacatal	10		
		Total Morelos	60
Total Campeche	63		
		El Pedregal	2
Paredón Amarillo	4	La Cañada	9
San José Logarzona	10	Las Negritas	10
Estanzuela	10	Xoconoztle	10
San Juan Bautista	10	Sta. Rita del Rucio	7
Sta. Ma. Nutio	10	Los Gómez	9
Santiago Necaltepec	10	San. José de la Purísima	4
Peña Larga	10		
		Total San Luis Potosí	51
Total Oaxaca	64	S u m a	305
Zapotlán de Juárez	10		
La Cruz	5		
San Pedro Huixtla	5		
Tecomatlán	10		
San Jerónimo	4		
San Juan Tepe	10		
El Contadero	4		
La Trinidad	9		
Telcayuca	10		
Total Hidalgo	67		

Mapa II.1
Localidades en muestra en el estado de Hidalgo

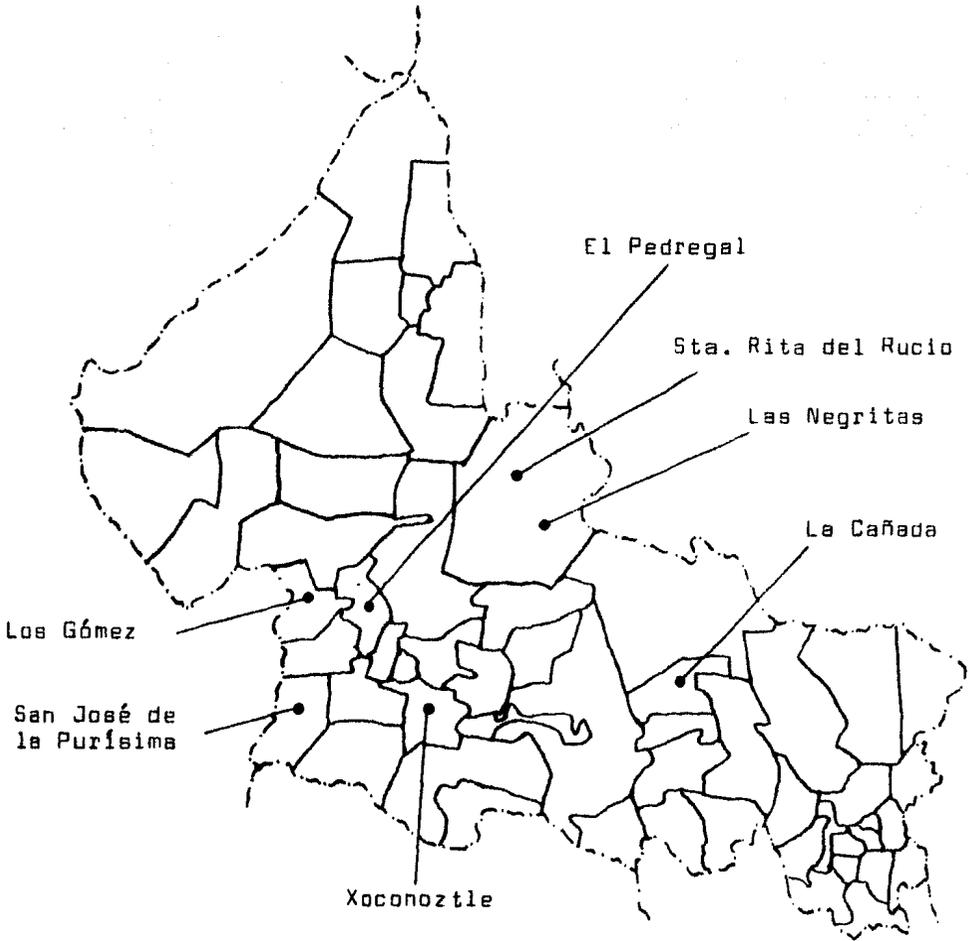


Mapa 11.2
Localidades en muestra en el estado de Campeche



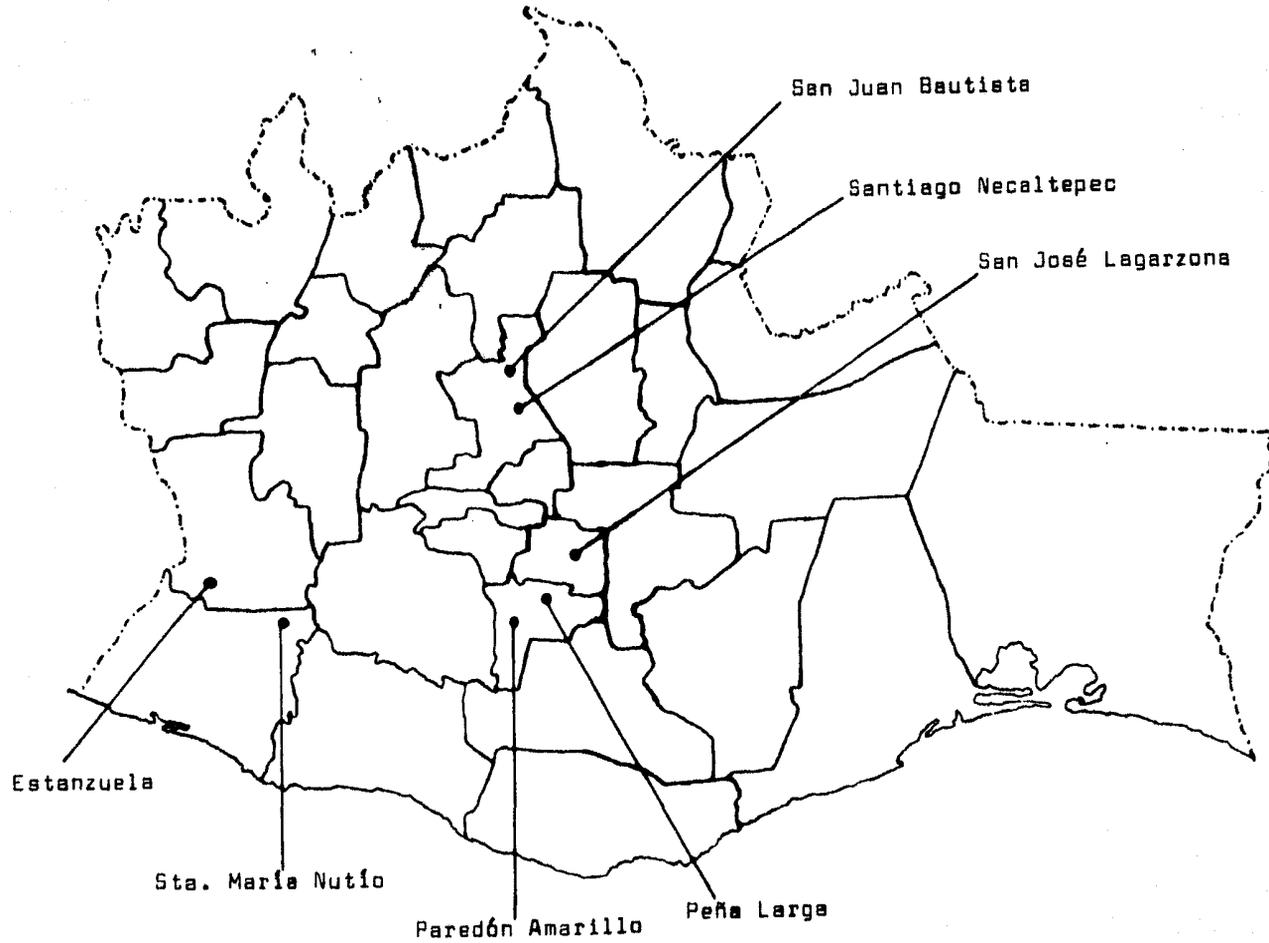
Mapa II.3

Localidades en muestra en el estado de San Luis Potosí



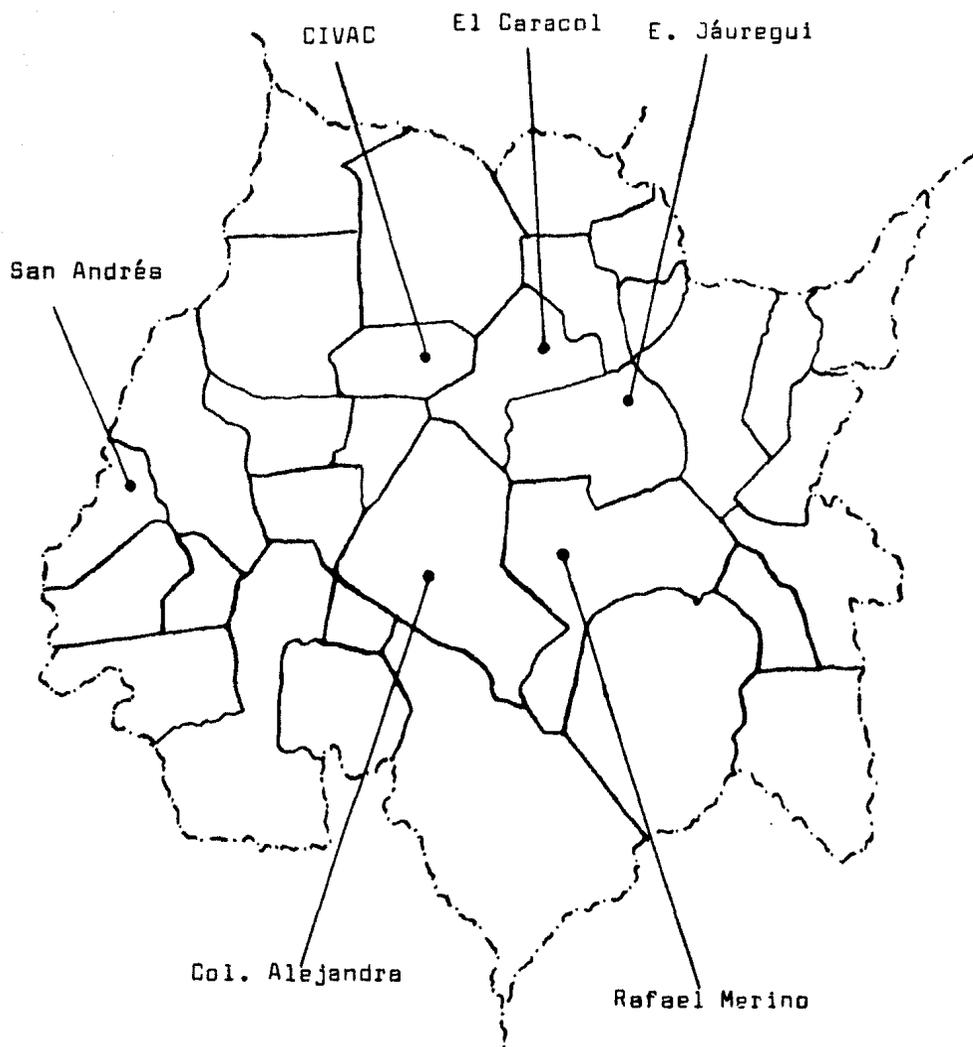
Mapa II.4

Localidades en muestra en el estado de Oaxaca



Mapa II.5

Localidades en muestra en el estado de Morelos



Capítulo III

Trabajo de Campo.

1.- Equipo y organización.

En la realización de esta etapa del estudio se contó con la participación de la compañía "Muestreo y sistemas", misma que se encargó de la selección y organización del equipo que llevaría a cabo la recolección de información en las localidades en muestra.

Como resultado de las necesidades de este personal, se integró un equipo de 5 entrevistadoras, teniendo una de ellas la función de coordinadora de campo, responsabilizándose no sólo de sus actividades como entrevistadora, sino también de la organización del trabajo en las entidades y del control y supervisión de los cuestionarios, ésto es, la crítica de campo.

Es importante señalar aquí que el grupo de entrevistadoras contratado para este estudio, contaba ya con una amplia experiencia en la aplicación de cuestionarios, en particular de aquellos que incluyen temas de planificación familiar, puesto que todas habían colaborado en encuestas de este carácter, como lo es la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. Este hecho, además de facilitar su adiestramiento, ayudó a evitar los sesgos provocados por algunas preguntas confidenciales, que de otra manera habrían ocurrido.

Adicionalmente, se contó con el apoyo de un cartógrafo, quién trabajó a nivel central en la localización de las comunidades seleccionadas, a modo de que el trabajo de campo resultara más eficiente, evitando los problemas inherentes a la localización de estas comunidades.

Adiestramiento.

El curso para la capacitación de las entrevistadoras se efectuó en la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar durante el período del 18 al 21 de marzo. --- Puesto que, como ya habíamos comentado, la técnica a utilizar para la realización de la entrevista, es un aspecto en el que las entrevistadoras tienen basta experiencia, el curso se enfocó básicamente hacia los objetivos del estudio, la estructura y manejo de los cuestionarios, y el procedimiento a seguir para seleccionar a las usuarias en las localidades, cuando ello se hacía necesario.

Por otra parte, durante el mismo adiestramiento y -- aprovechando los conocimientos de las entrevistadoras en las áreas rurales, se revisó la construcción de algunas preguntas con el fin de hacerlas de más fácil comprensión a la población a entrevistar.

Una vez terminado el curso, se modificaron los cuestionarios con los cambios antes citados, y se reprodujeron para la primera aplicación de campo, la prueba piloto.

2.- Prueba Piloto.

La prueba de los cuestionarios para este proyecto -- fué manejada de una manera especial. En virtud de que para la elaboración del cuestionario se tomaron en consideración experiencias de otras encuestas, y que además éstos ya habían sido probados en cuanto a su consistencia como instrumento de captación de información, se tomó el riesgo de aplicar los cuestionarios para esta prueba en la muestra obtenida para el estado de Campeche. Esta decisión fué tomada teniendo en consideración aspectos tales como el costo de la prueba y los altos niveles de contaminación que se dan en localidades con poca población, dada la gran comunicación existente entre los habitantes de las mismas.

Para evitar dentro de lo posible problemas de importancia con los cambios que se efectuaran en los cuestionarios después de la prueba piloto, las sugerencias hechas se incluyeron tentativamente hasta analizar los resultados que éstas tuvieran.

De estas sugerencias, la única que se introdujo en los cuestionarios originales fué la que corresponde a la pregunta 3 del cuestionario de usuarias y ex-usuarias, a la que se agregó la pregunta concerniente al medio de transporte utilizado. El hecho de que esta variable fuera preguntada en la prueba piloto por haber sido una sugerencia, permitió que la información estuviera siempre completa en este sentido.

El total de entrevistas que se obtuvo para esta prueba fué de 44, repartidas de la siguiente forma: 28 para usuarias y ex-usuarias, 9 para mujeres en edad fértil y en unión y 7 para promotores voluntarios.

Los resultados de esta experiencia fueron utilizados para, en las preguntas cerradas, agregar ciertos códigos que representaron un porcentaje significativo.

Finalmente, se corrigieron tanto las fallas en el formato, principalmente en las preguntas abiertas, donde en algunos casos faltó espacio para la respuesta, como los errores mecanográficos, procediéndose después a la reproducción final de estos instrumentos de captación.

3.- Recolección de la información.

La aplicación de los cuestionarios en las localidades fué realizado por el equipo de entrevistadoras en el período del 25 de marzo y el 10 de junio de 1980, tomándose en cuenta dentro de este período el trabajo de campo en el estado de Campeche, ya que la información recolectada en dicha en

tividad, a pesar de haber sido la correspondiente a la prueba piloto, tuvo la calidad necesaria para considerarla como definitiva.

Para cada entidad, se programó un tiempo de una semana, cantidad que se consideró suficiente para contactar a las personas encargadas del programa y realizar el trabajo de campo. Al final de cada semana, el equipo debía regresar a la sede en el Distrito Federal, para presentar el informe de las actividades, entregar el material completo y recoger el que se utilizaría en la siguiente visita.

En el siguiente cuadro se resume el trabajo de campo en cada entidad.

Cuadro III.1
Número de entrevistas realizadas y período de levantamiento por estado

Estado	Período de Levantamiento	ENTREVISTAS			
		Usuaris y Ex-usuaris	MEFU	Promotor voluntario	Total
Campeche	25 al 29 de Marzo	28	9	7	44
San Luis Potosí	21 al 26 de Abril	66	40	2	108
Morelos	7 al 12 de Mayo	52	68	4	124
Hidalgo	16 al 21 de Mayo	55	51	3	109
Oaxaca	26 al 30 de Mayo	31	50	3	84
Total		232	218	19	469

Para la transportación de las entrevistadoras de la capital del estado a las comunidades se contó en todos los casos y dependiendo del plan de trabajo, con uno o dos vehículos con operador, proporcionados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Una de las actividades de la coordinadora de campo, fué la aplicación de las guías de entrevista a los dirigentes del programa en la entidad, tanto por parte de la Secretaría de la Reforma Agraria como de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el primer caso, la guía fué aplicada al Jefe de Mesa de Promoción Social, mientras que en el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ésta fué aplicada al Jefe de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, teniendo como resultado un total de 10 entrevistas en este nivel.

4.- Codificación y validación de la información.

Una vez terminado el trabajo de recolección de información, el equipo de trabajo de campo comenzó la codificación de esta información para ser procesada por computadora.- Para esta actividad se elaboraron los manuales de codificación correspondientes. En particular, aunque el número de entrevistas fué bajo en el caso de Promotores Voluntarios, se consideró conveniente procesarlo electrónicamente por el ahorro de tiempo que este medio representaba sobre el proceso manual para la obtención de las distintas estadísticas requeridas. Además, en caso que se llegara a necesitar, el hecho de tener un archivo en computadora de estos casos, facilitaba el agregar variables de este cuestionario al de usuarias y ex-usuarias, permitiendo ésto hacer estudios que relacionen a las usuarias y ex-usuarias del programa con su correspondiente promotor voluntario.

La información ya codificada en hojas de 80 posiciones, fué perforada inicialmente en tarjetas, utilizándose en todos los casos, para cada cuestionario dos tarjetas. Esta forma de registro de los cuestionarios permitió una mayor facilidad en la verificación manual de la información, como se verá más adelante.

Para la validación de la información se utilizaron dos sistemas, uno electrónico y otro manual. El primero consistió en elaborar un programa de detección de errores de rango, ésto es, por medio del programa se localizarían los códigos que no correspondieran a las posibles respuestas del cuestionario.

En virtud de que este tipo de verificación es ineficiente, y el elaborar un programa que revisara la congruencía interna del cuestionario era incosteable por el bajo número de casos, se implementó el sistema de verificación mannual, consistente en la selección de una quinta parte de los cuestionarios por muestreo sistemático, y comparando directamente los documentos fuente con la información contenida en las tarjetas de codificación o bien en un listado de estos archivos.

En el caso de las cédulas correspondientes a Promptores Voluntarios, éstas fueron censadas con la verificación manual, de tal forma que todos los errores de codificación y perforación fueron corregidos.

Al terminar el proceso de validación de los archivos, la infrmación fué copiada en una cinta magnética para evitar los problemas que surgen por la utilización frecuente de las tarjetas como son: desgaste y los consecuentes errores de lectura, alteración del archivo por mal manejo, pérdida de casos, etc. .

5.- Procesamiento de la información.

En el transcurso de toda esta fase, se contó con el apoyo de la Dirección de Instrumentación, Sistemas e Informática de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, proporcionando el equipo y personal necesario tanto para la captura de la información y la elaboración de los diversos programas como para el procesamiento de los mismos.

Para la obtención de los resultados finales del estudio, se elaboraron conjuntamente con la Dirección citada, los programas computacionales para el uso del paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual se encuentra implementado en el sistema. El uso de este paquete a través de diversos subprogramas permitió un rápido procesamiento de la información contenida en los cuestionarios, al ahorrarse tiempo en la elaboración de los programas para la obtención de las estadísticas necesarias en el presente estudio de evaluación.

Capítulo IV

Análisis de resultados.

4.1 Características generales de las entrevistadas.

Las variables que se presentan en este apartado son las que se refieren a edad, estado civil, escolaridad y fecundidad, y fueron seleccionadas ya que por un lado cumplen con el objetivo de describir a la población usuaria del programa, y por el otro porque son las que mayor relación tienen con la condición de uso de métodos anticonceptivos, permitiéndonos - esto último profundizar en algunos aspectos del estudio a fin de lograr una mejor concepción del funcionamiento del programa.

Estructura por edad.

La edad de la mujer reviste especial importancia en este estudio, pues a través de ella las mujeres presentan diversos comportamientos ante la fecundidad y el uso de anticonceptivos.

La composición por edad, en este caso presenta un patrón especial, ya que se trata del grupo de mujeres que tuvieron contacto con el programa.

Los resultados obtenidos muestran un bajo porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años, que corresponde al 4.7% de la población, aumentando este hasta el 24.9% en el grupo 25--29 y presentando una disminución a partir de este grupo, llegando al 2.3% en el grupo de edad 45 y más, excepto en las mujeres entre los 35 y 39 años de edad, quienes constituyen el 29.7% del total.

Al comparar estos resultados con los obtenidos a nivel nacional para las mujeres alguna vez usuarias de métodos

anticonceptivos, de la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Anticonceptivos ^{1/}, encontramos que ambas distribuciones guardan relativa semejanza, excepto en los grupos 30-34 y 35-39, ya que en esta encuesta representan el 18.7% y el 15.2% respectivamente, y continuando en los grupos siguientes un descenso paulatino de los porcentajes.

Aunque no tenemos los elementos necesarios para dar una explicación de este fenómeno, podemos atribuirlo ya sea a defectos en la muestra o bien a que la población de esas edades presenta un comportamiento especial producto principalmente de la migración.

Cuadro IV.1

Distribución porcentual de las entrevistadas por grupos quinquenales de edad

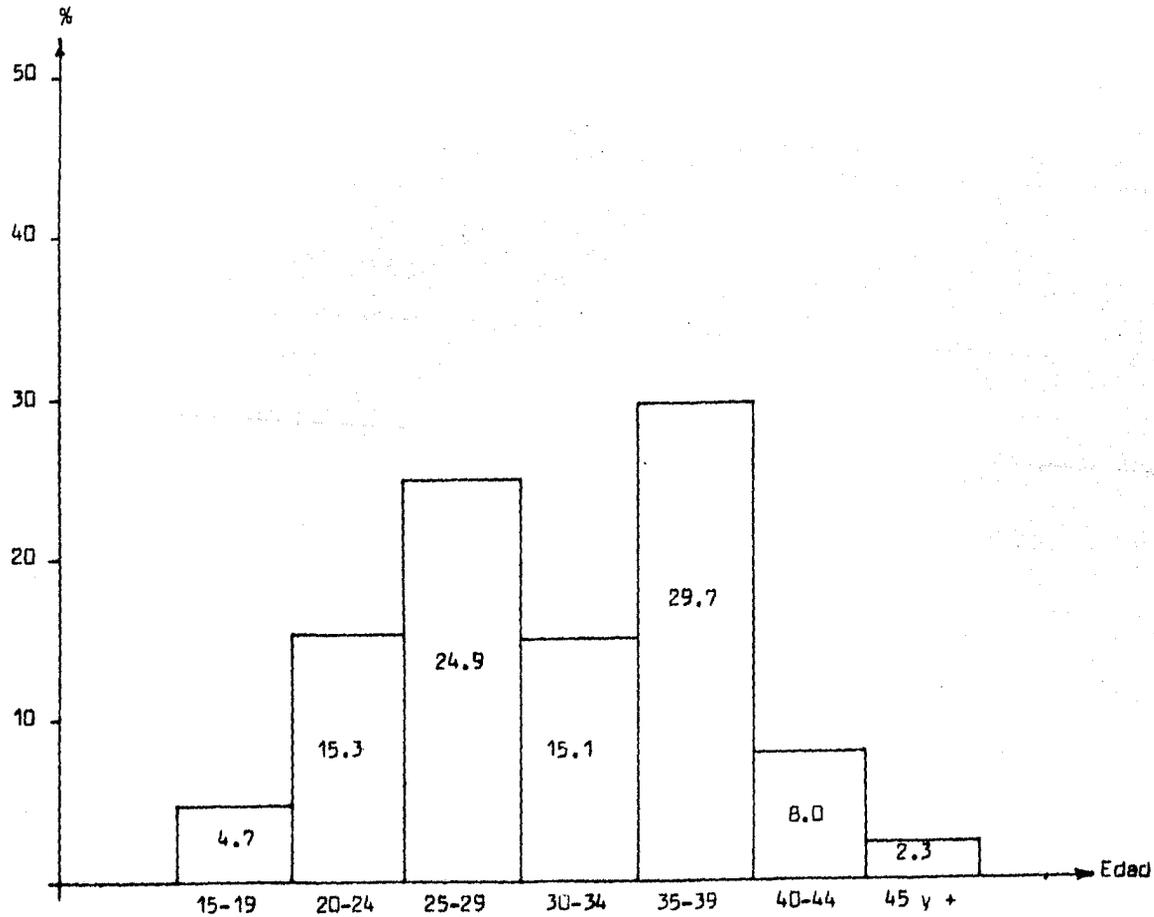
Grupo de edad	Distribución porcentual
15-19	4.7
20-24	15.3
25-29	24.9
30-34	15.1
35-39	29.7
40-44	8.0
45 y más	2.3
T o t a l	100.0

A través de la estructura por edad podemos formar tres grandes grupos de mujeres, el primero integrado por las

1/ Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos. Resultados Nacionales. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. México, 1979

Gráfica IV.1

Distribución porcentual de las entrevistadas por grupos quinquenales de edad



mujeres entre los 15 y 24 años de edad, las cuales apenas han iniciado su proceso de reproducción y que constituye el 20% de la población. Un segundo grupo estaría conformado por las mujeres entre los 25 y 39 años de edad grupo que está caracterizado por una mayor exposición al riesgo de concebir y que representa el mayor porcentaje de la población con un 69.6% de ella. El último grupo, que considera a las mujeres con una fecundidad en descenso, incluye a aquéllas cuyas edades oscilan entre los 40 y 49 años de edad, y que representa el 10.4% de la población.

Finalmente, podemos mencionar que la edad promedio de la población es de 31.9 años.

Estado civil.

Dado el carácter de la encuesta, el porcentaje de mujeres casadas y en unión libre es elevado, representando un 80.6% y 16.3% del total respectivamente. Esto es, un 96.9% de las entrevistadas estaban unidas al momento de la encuesta. Además un 3% declaró haber estado unida alguna vez, esto es, eran viudas, divorciadas o separadas, y únicamente un 0.1% se encontraban solteras.

Estas cifras nos indican la asistencia al programa de las mujeres que tienen un alto índice de exposición al riesgo de concebir.

Cuadro IV.2
Distribución porcentual de las entrevistadas
según su estado civil

Estado Civil	Distribución Porcentual
Casada	80.6
Unión libre	16.3
Separada o divorciada	1.5
Viudad	1.5
Soltera	0.1
Total	100.0

Alfabetismo y escolaridad.

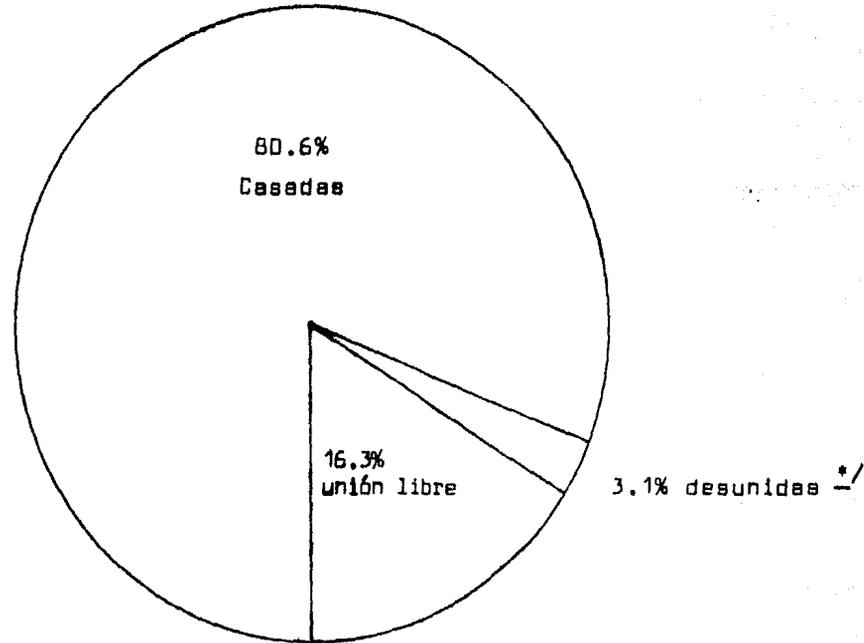
Dos características que debemos distinguir de este grupo de mujeres son el alfabetismo y la escolaridad, ya que estas podrían influir en los niveles de fecundidad y en el uso de métodos de control natal, al haber una mayor exposición a diversas fuentes de información.

En lo que respecta al primer punto, del total de las entrevistadas, un 65.2% contestó que sabía leer, mientras un 62.8% sabía escribir, correspondiendo este mismo porcentaje a las mujeres que sabían leer y escribir.

Por otra parte, analizando la información de escolaridad, se detectó que un 72.0% de las mujeres había asistido a alguna institución de educación primaria, aprobando -- hasta el 3er. año de enseñanza elemental un 22% y completando la primaria únicamente un 7.6%.

Los estudios secundarios completos fueron cursados por un 1.7% de las mujeres, mientras un 1% tiene estudios se

Gráfica IV.2
Distribución porcentual del estado civil de las entrevistadas



* / Considera a las separadas divorciadas, viudas y solteras.

cundarios incompletos, esto es, aprobaron alguno de los primeros dos años.

Comparando la escolaridad entre los diversos grupos de edad, se encontró que la asistencia a los centros de enseñanza es mayor en las edades jóvenes, ya que en el grupo de edad 15-19 un 91.2% aprobaron al menos un año de primaria, - disminuyendo este porcentaje al 76.6% en el grupo 20-24, y no teniendo grandes variaciones en los grupos 25-29 y 30-34 que presentaron un 71.9% y 74.8% respectivamente, descendiendo al 58% en el siguiente grupo y llegando al 54.7% en las edades - 40-44.

Al estudiar el número promedio de años de escolaridad, no hubo un diferencial significativo entre los diversos grupos de edad, permaneciendo este promedio en alrededor de - 2.9 años.

Cuadro IV.3

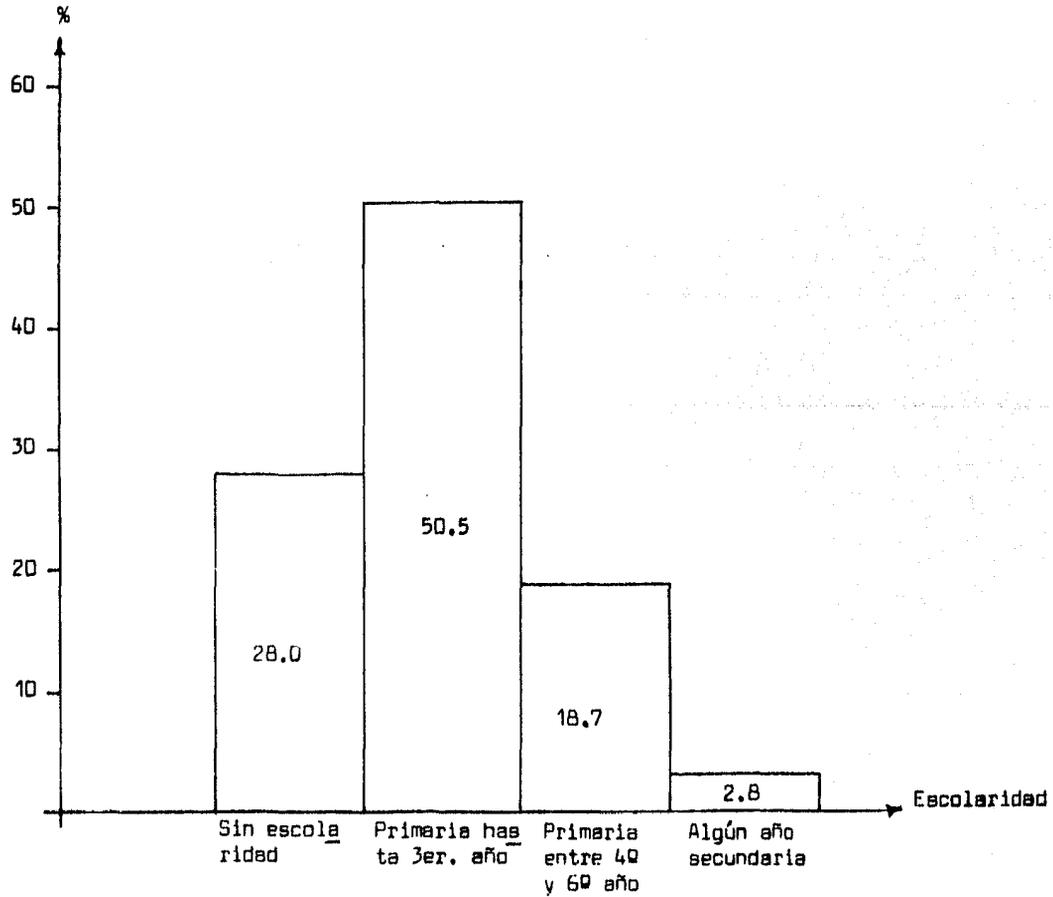
Distribución porcentual de las entrevistadas según distintos niveles de escolaridad y grupos de edad 1/

Edad	Sin Escolaridad	Primaria has 3er. año	Primaria entre 4º y 6º año	Algún año secundaria	T o t a l
15-19	8.8	73.3	11.2	6.7	100.0
20-24	16.0	46.9	29.7	7.4	100.0
25-29	26.8	54.5	18.7	0	100.0
30-34	16.4	47.3	27.4	8.9	100.0
35-39	41.9	46.6	11.5	0	100.0
40-49	34.1	52.6	13.3	0	100.0
Total	28.0	50.5	18.7	2.8	100.0

1/ Dado que el grupo de edad 45 y + representa un bajo porcentaje de la población y tiene niveles bajos de escolaridad, se decidió agregarlo al grupo 40-44.

Gráfica IV.3

Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las entrevistadas



Fecundidad.

En una primera aproximación, se puede establecer que la fecundidad de las mujeres entrevistadas es alto al compararlo con el que existe a nivel nacional, puesto que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos ^{2/}, el número promedio de hijos nacidos vivos por mujer alguna vez embarazada ascendía a 4.4, mientras el registrado para las usuarias del programa de la Reforma Agraria es de 5.83. Sin embargo, esta misma encuesta estima que en las localidades rurales este promedio es de 5.58, concluyéndose - que no existe gran variación entre los dos grupos ^{3/}.

Es preciso señalar que todas las mujeres en muestra habían estado embarazadas alguna vez al momento de la entrevista, teniendo un promedio de 6.57 embarazos. Comparando este promedio con el de hijos nacidos vivos, se deduce que cada mujer ha tenido en promedio 0.74 abortos o nacidos muertos, aunque de acuerdo a la información proporcionada por ellas, cada una ha tenido en promedio 0.54 abortos, y obteniendo por diferencia una media de 0.2 nacidos muertos por mujer.

Los datos proporcionados a este respecto por el estudio mencionado, son 0.59 abortos en promedio y 0.15 hijos nacidos muertos, lo cual de alguna manera valida la veracidad de la información proporcionada para este estudio, aunque es necesario cuestionarse por otro lado si una mujer con las características de las que aquí se estudian se encuentra en capacidad de distinguir entre un nacido muerto y un aborto, y que tan alto es el subregistro en ambos estudios.

^{2/} Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. Resultados Nacionales. 1978. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

^{3/} La Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos considera localidades rurales aquellas con una población menor a 15,000 habitantes, lo cual hace que los estudios no sean estrictamente comparables, pero proporciona una idea de los niveles de fecundidad de las usuarias del programa.

Un indicador que aunque no es un resultado directo - de la fecundidad es necesario anotar aquí, es el que corresponde al número de hijos actualmente vivos, pues este nos señala la manera en que la mortalidad disminuye el número de hijos nacidos vivos. En este caso, el promedio de 5.83 hijos nacidos vivos por mujer se ve reducido a 5.16 hijos actualmente vivos a causa del factor antes mencionado.

Cuadro IV.4

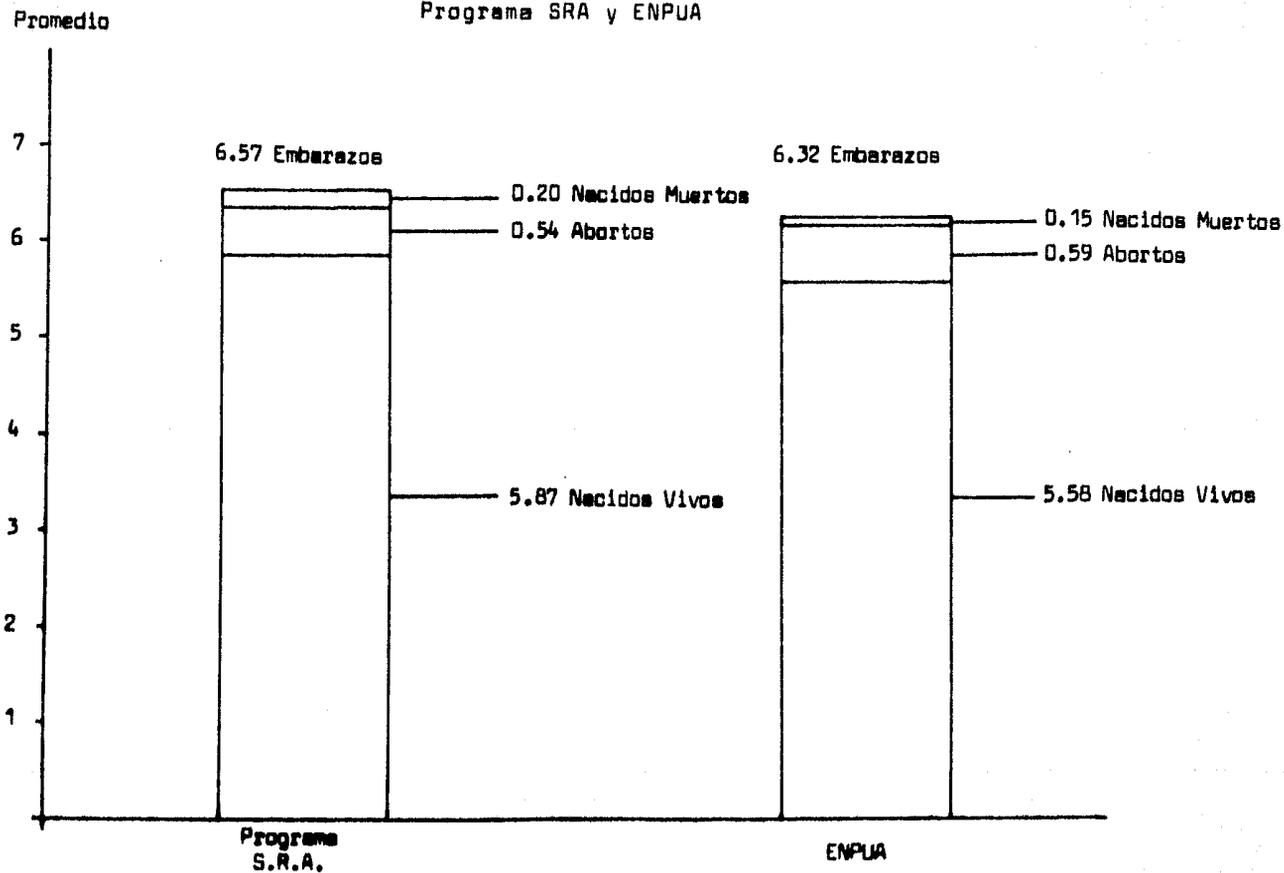
Cuadro comparativo del promedio de embarazos y su resultado

Resultado del Embarazo	P r o g r a m a S. R. A.		E N P U A ^{1/} Localidades rurales	
	Promedio	%	Promedio	%
Embarazos	6.57	100.0	6.32	100.0
Nacidos vivos	5.83	88.7	5.58	88.3
Abortos	0.54	8.2	0.59	9.3
Nacidos muertos	0.20	3.1	0.15	2.4

¹ Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos.

Al desagregar la información del número de hijos nacidos vivos por grupos quinquenales de edad, se puede comprobar que las entrevistadas empiezan su ciclo reproductivo a temprana edad. El 18.2% de las mujeres entre 15 y 19 años ya tiene entre 3 y 5 hijos nacidos vivos, en el grupo etáreo 20-24 - el 65.7% tienen al menos 3 hijos nacidos vivos y en el grupo - 25-29 el porcentaje de mujeres con esta misma característica - asciende al 93%. En el grupo 30-34, un 50% de estas mujeres - han dado a luz entre 6 y 9 hijos nacidos vivos, y únicamente - un 12.5% de ellas tienen entre 0 y 2. Esta tendencia de la fecundidad continúa hasta el grupo de 40 años y más en el que el 52% tiene entre 6 y 9 hijos y el 31.6% dió a luz a más de 10 - hijos nacidos vivos.

Gráfica IV.4
Promedio de embarazos y su resultado
Programa SRA y ENPUA



Cuadro IV.5

Distribución porcentual del número de hijos nacidos vivos por edad de la entrevistada en grupos quinquenales

Edad	Número de hijos nacidos vivos				
	0 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 14	Total
15-19	81.8	18.2	0	0	100.0
20-24	34.4	56.3	9.4	0	100.0
25-29	7.0	67.4	25.6	0	100.0
30-34	12.5	37.5	50.0	0	100.0
35-39	2.4	19.0	47.6	31.0	100.0
40 y más	0	15.8	52.6	31.6	100.0
Total	15.6	40.2	33.5	10.7	100.0

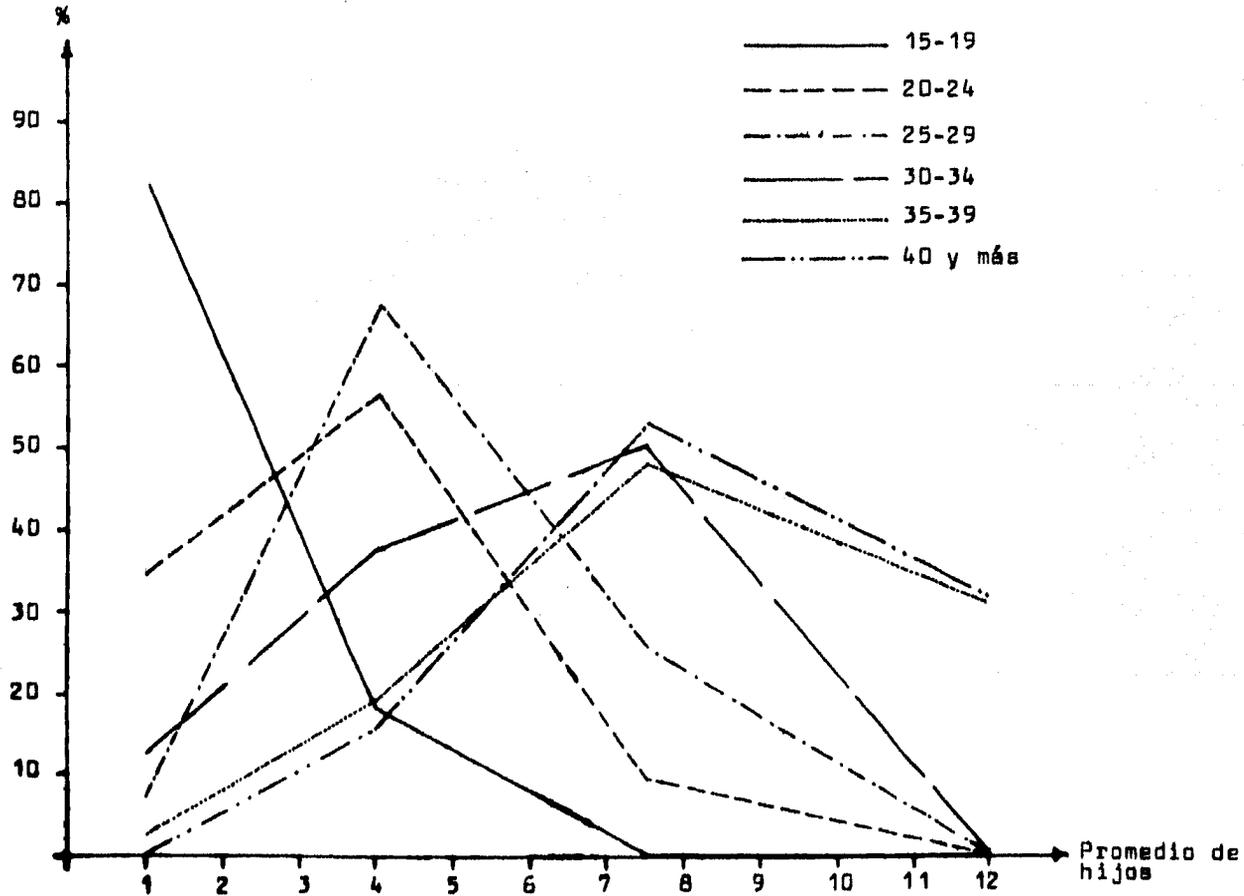
2. Estimación del cumplimiento de metas.

Dentro del proceso de aceptación de un programa de planificación familiar podemos distinguir dos conceptos fundamentales. El primero corresponde al de usuarias nuevas, considerado como el número de mujeres que adoptan por primera vez un método de control de la natalidad en alguna institución del gobierno. El segundo, que se denomina usuarias activas, se define como el número de mujeres que se encuentran utilizando un anticonceptivo en un momento determinado, generalmente al final de cada año. Este último concepto es de gran importancia, ya que la meta establecida por el programa se encuentra en términos de éste, por lo que nos explayaremos más en él.

Para conocer el número de usuarias activas, es necesario contabilizar el número de estas en un momento dado, a través de los registros de las instituciones, lo cual representa una labor larga y tediosa, por lo que es poco usual.

Gráfica IV.5

Distribución porcentual de las entrevistadas según el promedio de hijos nacidos vivos y edad en grupos quinquenales



Una manera alternativa, consiste en estimar dicho monto sabiendo que el número de usuarias activas está determinado por la cantidad de mujeres que ingresan al programa y el tiempo de permanencia en él, estimado a través de las tasas de continuidad.

El número de usuarias activas que se estableció como meta en el proyecto de la Secretaría de la Reforma Agraria es de 15,000 al 31 de Diciembre de 1979.

Para lograr una estimación del cumplimiento de esta meta se estableció la fecha central de la encuesta al 10 de mayo de 1980 y se utilizó el supuesto de que todas las usuarias activas se encontraban utilizando un método en ese momento. En base a esto, se calculó un total de 4,585 mujeres que estaban controlando su fecundidad en esa fecha. Sin embargo, ya que se trata de estimar el número de usuarias activas a través del programa, ya fuera directa o indirectamente ^{4/}, se deben restar 761 usuarias, que fueron usuarias del programa, pero que al momento de la entrevista utilizaban alguno de los métodos tradicionales, siendo las restantes 3,824 efectivamente usuarias de los servicios del programa.

4/ Recuérdese que se implementó un sistema de referencia para -- las mujeres que optaran por un método no proporcionable en el medio comunitario.

Cuadro IV.6

Distribución porcentual y total de usuarias activas por método

Método	Total de usuarias	%
Pastillas	2,531	55.2
Preservativos	266	5.8
Inyecciones	23	0.5
Locales	110	2.4
D I U	601	13.1
Esterilización	293	6.4
Ritmo, Retiro	761	16.6
T o t a l	4,585	100.0

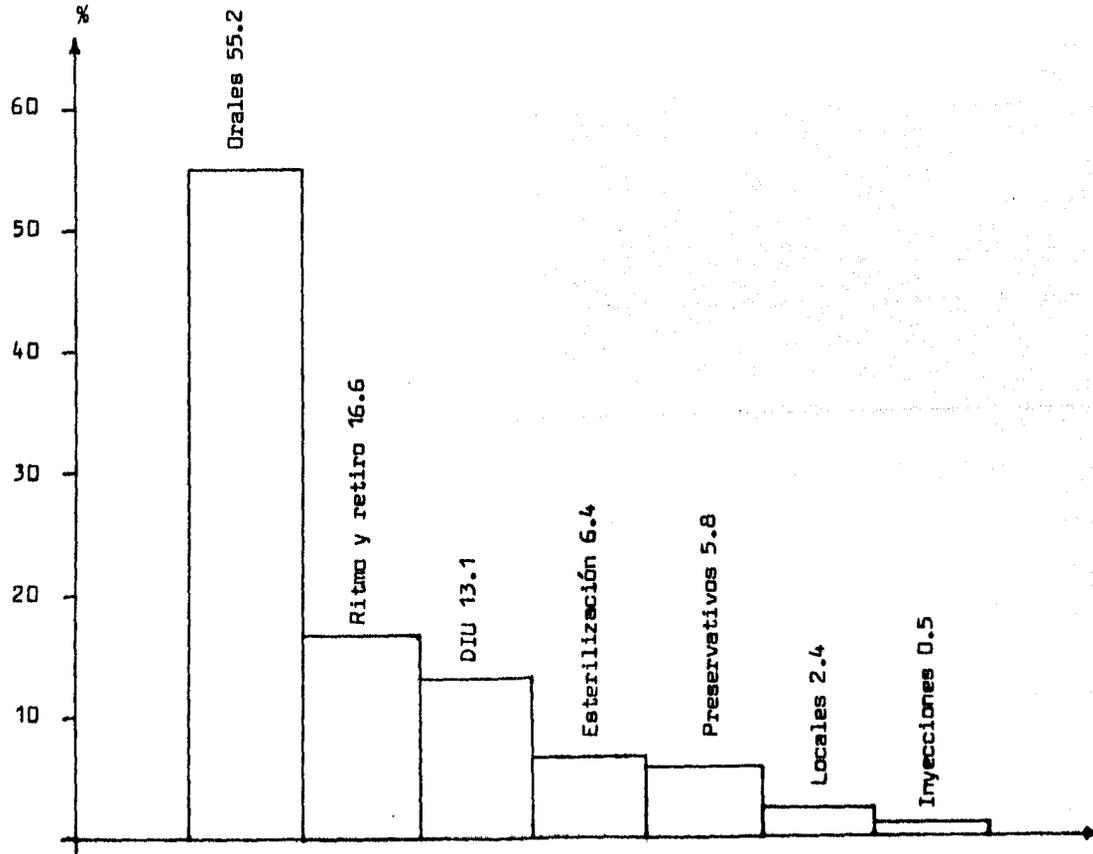
Como se habrá podido observar la estimación presentada tiene un desfase de 4 meses respecto a la fecha de la meta propuesta, por lo que es necesario hacer una corrección que permita conocer el número de usuarias activas en la fecha referida.

Puesto que, como se mencionó anteriormente, el número de mujeres que permanecen en el programa después de un determinado período está dado por las tasas de continuidad, se hace imprescindible esta herramienta para realizar la corrección. Sin embargo, la encuesta llevada a cabo no proporciona los elementos para el cálculo de estas probabilidades de permanencia en el uso de métodos anticonceptivos. Por ello, se decidió utilizar los datos derivados de un estudio de continuidad ^{5/}, basado en la Encuesta Nacional de Prevalencia en el -

^{5/} Aparicio J. Ricardo. Análisis del uso y efectividad de los métodos anticonceptivos. Tesis de licenciatura. México, 1982

Gráfica IV.6

Distribución porcentual de las usuarias activas según el método utilizado



Uso de Anticonceptivos con módulo Fecundidad-Mortalidad, en el cual se estiman estas tasas de acuerdo a diferentes conceptos de continuidad, así como a diversas características socio-demográficas de las mujeres. En particular, para este análisis se seleccionó la continuidad en el primer segmento para mujeres - que aceptaron un método entre 1974 y 1979 en localidades menores a 20,000 habitantes, porque se consideró que eran las más apegadas a la situación de la población encuestada.

Las tasas que se presentan en este estudio, tienen - intervalos de 6 meses, es decir, se presentan a duración de 6, 12, 18 hasta 36 meses, lo cual representa un problema puesto - que se deberán utilizar duraciones intermedias, más precisamente duraciones mensuales entre 1 y 16 meses. La metodología - que se consideró más adecuada para superar esta dificultad y - poder interpolar entre estos valores fué la de regresión por - mínimos cuadrados, ya que en ella se contempla implícitamente el comportamiento de las observaciones.

Con la finalidad de encontrar el mejor ajuste a la - información, se probaron dos diseños, uno lineal de la forma - $a + bt$ y otro exponencial de la forma ae^{bt} . Las ecuaciones resultantes de las pruebas fueron $81.08 - 1.2562t$ y $85.9987e^{-0.0229t}$ con coeficientes de correlación (r^2) de 0.969 y 0.993 respectivamente. Esto nos lleva a pensar, en una primera aproximación, que la función exponencial es la que mejor se adapta a nuestra información. Si observamos el cuadro IV.7 podremos apreciar que la diferencia entre las dos estimaciones se encuentra en la continuidad a 6 meses, donde la diferencia entre la observación y el valor de la función lineal es de 3.3, mientras que esta diferencia es de 1.8 cuando utilizamos la curva exponencial.

Por otra parte, si tomamos en cuenta que los datos - que utilizaremos se encuentran entre los primeros 3 semestres,

podemos concluir que la mejor selección corresponde a la función no lineal.

Cuadro IV.7

Valores observados y estimados de las tasas de continuidad en el primer segmento de uso

Meses	Observadas	Regresión Lineal */	Regresión Exponencial **/
6	76.8	73.5	75.4
12	65.0	66.0	66.0
18	56.2	58.5	57.9
24	48.3	50.9	50.7
30	43.2	43.4	44.4
36	38.7	35.9	38.9
r^2	-	0.984	0.993

*/ $81.08 - 1.2562t$

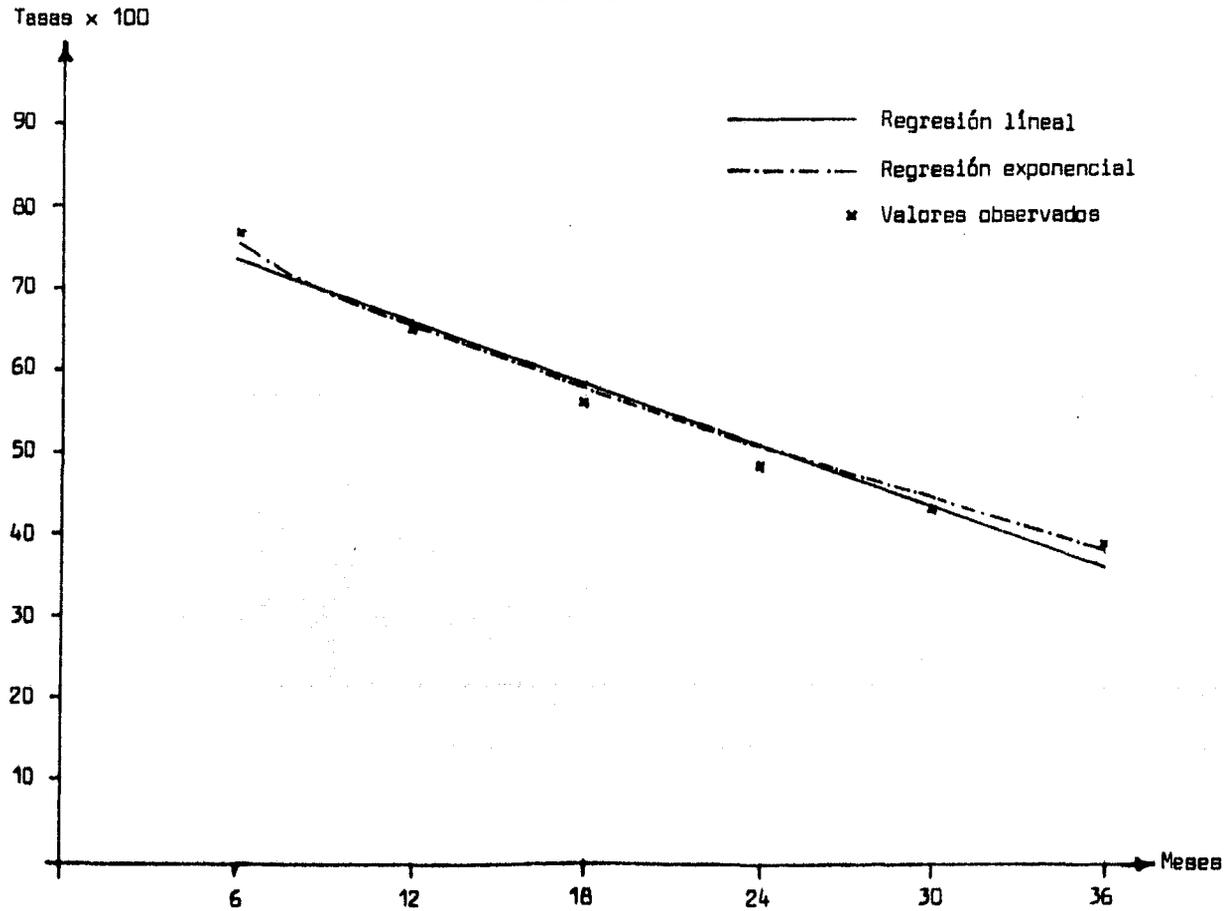
**/ $85.9987 e^{-0.022t}$

Con esta información sobre continuidad se procedió a realizar la corrección al número de usuarias activas de la siguiente manera:

En un primer paso, ya que no se cuenta con las fechas de los ingresos al programa, se consideró que estos ocurrieron uniformemente durante los 12 meses de duración de la primera fase del programa. Bajo este supuesto se pueden formar 12 cohortes de mujeres, ingresando cada una de ellas en cada mes del programa. Es necesario recordar aquí que aunque a la fecha central de la encuesta el programa tenía 16 meses de haberse iniciado, solo en los primeros 12 se realizó promoción de métodos anticonceptivos, por lo que las 3,824 usuarias activas es el resultado de los ingresos al programa durante esos primeros 12 meses.

Gráfica IV.7

Curvas de regresión y valores observados para las tasas de continuidad en el primer segmento de uso



Siguiendo este razonamiento llegamos a la relación:

$$A_1 (C_{16}) + A_2 (C_{15}) + A_3 (C_{14}) + \dots + A_{12} (C_5) = UA_{16}$$

donde:

$A_i \quad i=1 \dots 12$ y $A_i = A_j \forall A_i + j$ son el número de aceptantes durante los distintos meses del programa.

$C_i \quad i=5 \dots 16$ son las tasas mensuales de continuidad

UA_{16} es el número de usuarias activas al mes 16.

Simplificando la ecuación anterior tenemos

$$\frac{AT}{12} (C_{16} + C_{15} + C_{14} + \dots + C_5) = UA_{16} = 3,824$$

donde:

$$AT = \sum_{(i=1)}^{12} A_i \quad \text{es el número total de aceptantes durante los 12 primeros meses del programa.}$$

Despejando y resolviendo la ecuación llegamos a:

$$\begin{aligned} AT &= \frac{12 \quad UA_{16}}{(C_{16} + C_{15} + C_{14} + \dots + C_5)} \\ &= \frac{12 (3,824)}{8,1416} = 5,636 \end{aligned}$$

Esto implica que fué necesario que 5,636 mujeres --- aceptaran usar algún método de control natal para lograr un total de 3,824 activas al 1º de mayo de 1980.

Conociendo ya el número total de aceptantes en ese período, y por ende el correspondiente monto mensual, aplicaremos ahora las tasas de continuidad a 1, 2..... 12 meses a fin de obtener la estimación de usuarias activas a la fecha requerida.

Procediendo de manera similar que en la primera igualdad tenemos que:

$$\begin{aligned}
 UA_{12} &= A_1 (C_{12}) + A_2 (C_{11}) + A_3 (C_{10}) + \dots + A_{12} (C_1) \\
 &= \frac{A_1}{12} (C_{12} + C_{11} + \dots + C_1) \\
 &= \frac{5,636}{12} (8.9217) \\
 &= 4,190
 \end{aligned}$$

Una vez hecho el ajuste, se puede establecer un cumplimiento de la meta programada de un 27.9%, porcentaje muy por debajo de los niveles aceptables establecidos, si consideramos que se reconoce generalmente un buen cumplimiento aquel que rebasa el 80% de la meta propuesta.

Ya que las causas de este bajo cumplimiento pueden ser de diversa índole, que van desde la programación hasta la ejecución del programa, en los apartados siguientes procuraremos determinar qué factores provocaron tal situación.

3. Análisis del sistema de información.

Un sistema de información se diseña con el objetivo primordial de obtener elementos suficientes para conocer el desarrollo de las actividades realizadas, permitiendo detectar los problemas existentes a fin de poder dar una solución adecuada a éstos, es decir, su utilidad radica de manera importante en la capacidad que tenga como instrumento de evaluación. De ahí la importancia que tiene el que éste sistema resulte en una fuente de información confiable.

En el caso particular del sistema del programa que ocupa nuestra atención, éste debe ser especialmente confiable, dado que, al tratarse de un programa que utiliza para su realización una estrategia novedosa, requiere de mayor atención durante su desarrollo por la factibilidad de encontrar deficiencias y la consecuente necesidad de realizar ajustes, que un programa del que ya existen experiencias previas.

Aunque se considera que el diseño del sistema de información del proyecto responde a las necesidades en cada uno de los niveles por los que esta información fluye, algunos problemas fueron detectados en cuanto a la periodicidad y la calidad de la información.

En primera tiene que ver no solo con la periodicidad sino también con la completez de la información, y esta es una dificultad propia de la estrategia utilizada.

Como se describió anteriormente, en los informes mensuales se reportan únicamente las localidades visitadas durante ese período. Utilizando los resultados de la encuesta se encontró que las comunidades son visitadas con distintas frecuencias, que van desde uno hasta tres meses, repercutiendo este hecho sobre el sistema de diversas maneras.

Provoca en primera instancia que la información deba ser manejada con extremo cuidado en todos los niveles a los que esta llega, ya que se corre un alto riesgo de duplicarla y obtener conclusiones incorrectas, debido a que mientras unas localidades son reportadas durante 3 meses consecutivos, otras lo son únicamente cada trimestre en los casos extremos, con el agravante que a partir del nivel estatal ya no se reporta el nombre de la localidad, sino únicamente el número de poblados visitados.

Como una consecuencia de estos desfases en el tiempo, la capacidad para visualizar el desarrollo del programa bajo un esquema globalizador se minimiza, puesto que éste puede llevarse a cabo solamente cuando se tiene la totalidad de la información, lo cual como habíamos mencionado ocurre cada 3 meses, con lo cual una buena parte de la información deja de ser oportuna.

Por otra parte, el hecho de que esta información se haya utilizado para crear el marco muestral de este estudio, permitió analizar los datos proporcionados por este sistema, encontrándose a lo largo del proceso de selección de la muestra y el trabajo de campo, que existen deficiencias que nos dejan entrever un sobregistro del número de usuarias.

Una vez terminado el trabajo de campo, se analizó la no respuesta por causas, misma que tuvo los resultados que se presentan en el cuadro IV.8

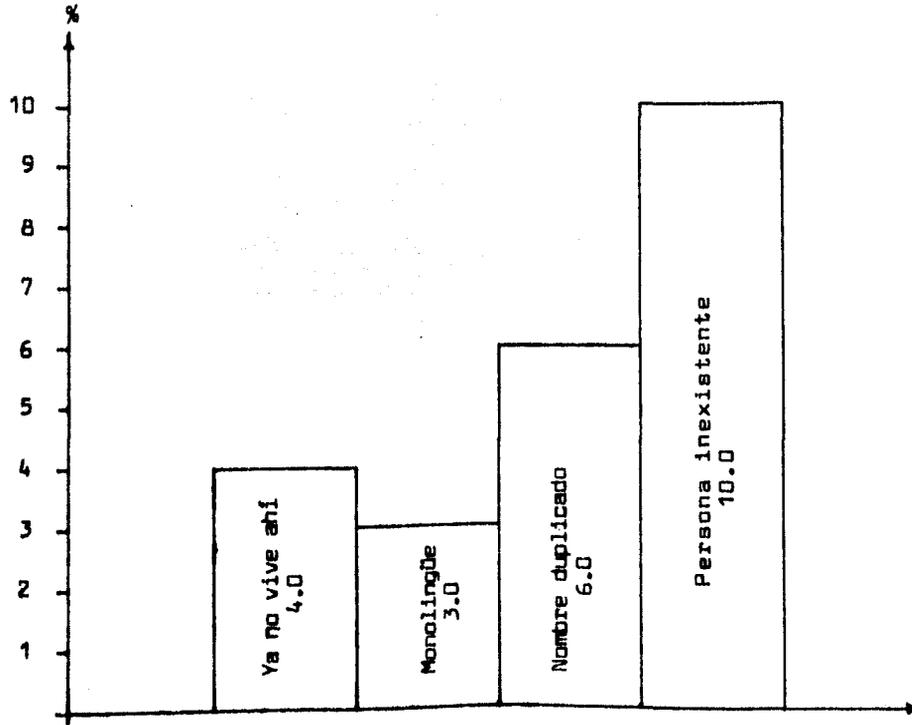
Cuadro IV.8

Distribución porcentual de la no respuesta por causas

Causa de no respuesta	%
Ya no vive ahí	4
Monolingüe	3
Nombre duplicado	6
Persona inexistente	10
T O T A L	23

La primera razón de no respuesta "Ya no vive ahí" - que representa un 4%, se puede considerar como un defecto del marco muestral elaborado, el cual es difícil prever dada la movilidad que esas poblaciones tienen en forma de migraciones temporales o definitivas.

Gráfica IV.8
Distribución porcentual de las causas de no respuesta



La siguiente causa "Monolingüe" no es atribuible a la calidad de la información recabada, sino más bien, al igual que el caso anterior se puede considerar como un problema del marco muestral, pues el grupo de población monolingüe no es susceptible de entrevista, ya que implica la colaboración de un intérprete, generalmente de la misma comunidad, el cual puede sesgar la información, ya sea al transmitirla de entrevistador a entrevistada o viceversa, o bien provocar que la entrevistada proporcione información falsa respecto a cuestiones delicadas como es el uso de anticonceptivos.

Sin embargo, las dos últimas causas citadas obedecen a factores directamente relacionados con la captación y flujo de la información. El motivo "Nombre duplicado" se detectó ya en la comunidad al momento de revisar los registros de la promotora para obtener la muestra de usuarias, encontrándose que por algún motivo se llenaron dos formas del "Calendario de control de usuarias" por mujer, representando esta causa el 6% de la muestra.

Al analizar el rubro "Mujer inexistente", que abarca al 10% de las entrevistadas, se encontró, en una primera aproximación que puede tener diversas causas, que van desde un inadecuado manejo de la información hasta el registro de personas inexistentes. Sin embargo, el presente estudio no proporciona los elementos suficientes para establecer de manera definitiva los factores determinantes de esta irregularidad, citándose únicamente esta deficiencia como un factor que afecta la calidad de la información.

Hasta aquí se ha examinado lo que se refiere a la no respuesta durante el trabajo de campo. No obstante existe otra fuente importante de error en el sistema de información, hallada a través de la aplicación de los cuestionarios, la cual será descrita a continuación.

Con la finalidad de corroborar la información recibida a través de la estructura administrativa, se incluyó en el diseño del cuestionario una pregunta acerca de si la entrevistada había utilizado alguna vez un anticonceptivo. Al finalizar el trabajo de campo fué posible comprobar que un 25% de las mujeres nunca habían utilizado uno de estos métodos.

Cuadro IV.9

Distribución porcentual de la condición de uso de anticonceptivos de las entrevistadas

Condición de uso	%
Nunca usuaria	25.0
Usuaría actual */	42.1
No usuaria actual	32.9
T o t a l	100.0

*/ A la fecha de la encuesta.

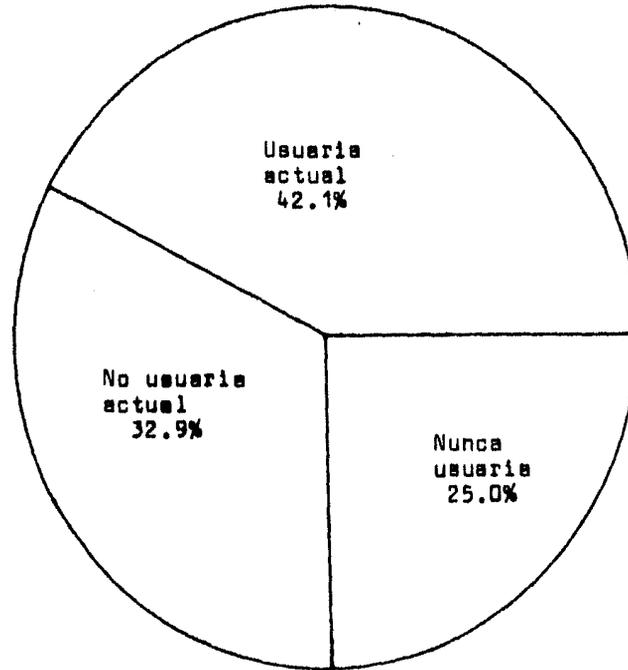
Este resultado nos indica que se repartieron de alguna manera anticonceptivos a mujeres que, o no deseaban utilizarlo o no estaban seguras de hacerlo y reportándolas como usuarias sin la certeza de que realmente lo fueran.

Así, a lo largo de esta sección se determinó una sobreenumeración del 16% y 25% por problemas propios del programa, y aunque estos porcentajes no son sumables por corresponder a distintos universos ^{6/}, si nos da una idea de la magni-

^{6/} El 16% se calculó sobre la totalidad de la muestra, mientras que el 25% se calculó sobre el total de mujeres entrevistadas.

Gráfica IV.9

Distribución porcentual de las entrevistadas según su condición de uso de anticonceptivos



tud de la discrepancia existente entre la realidad y la información recabada, siendo seguramente este factor uno que explica el bajo cumplimiento de las metas, ya que no se cuenta con la información adecuada para realizar las medidas correctivas pertinentes.

4. Análisis del acceso a servicios de salud.

El proyecto que desarrolla la Secretaría de la Reforma Agraria se ideó como una actividad complementaria del Plan Nacional de Planificación Familiar, tendiente a aumentar la cobertura del programa a través de la prestación de servicios a la población más alejada de las instituciones de atención a la salud.

De lo anterior se deduce la importancia que tiene el hacer una revisión de la distribución que ha tenido este programa rural en las localidades, estudiando asimismo la necesidad real que esta población tiene en cuanto a servicios de salud, y en particular de planificación familiar.

Ya que se estableció que el programa debía implementarse en localidades con menos de 500 habitantes, por ser ellas las que tradicionalmente han estado marginadas de la infraestructura de salud, un primer factor que se tomó en cuenta es el tamaño de la localidad de residencia.

De acuerdo a la información derivada de la encuesta, únicamente el 35.4% de las localidades visitadas cumplieron con esta condición, mientras el 26.3% y el 38.3% corresponden a localidades entre 500 y 1000 habitantes y a localidades mayores de 1000 habitantes respectivamente.

Cuadro IV.10

Distribución porcentual del tamaño de la localidad de residencia

Tamaño de la localidad	Distribución porcentual
Menos de 500 hab.	35.4
Entre 500 y 1000 hab.	26.3
Más de 1000 hab.	38.3
T o t a l	100.0

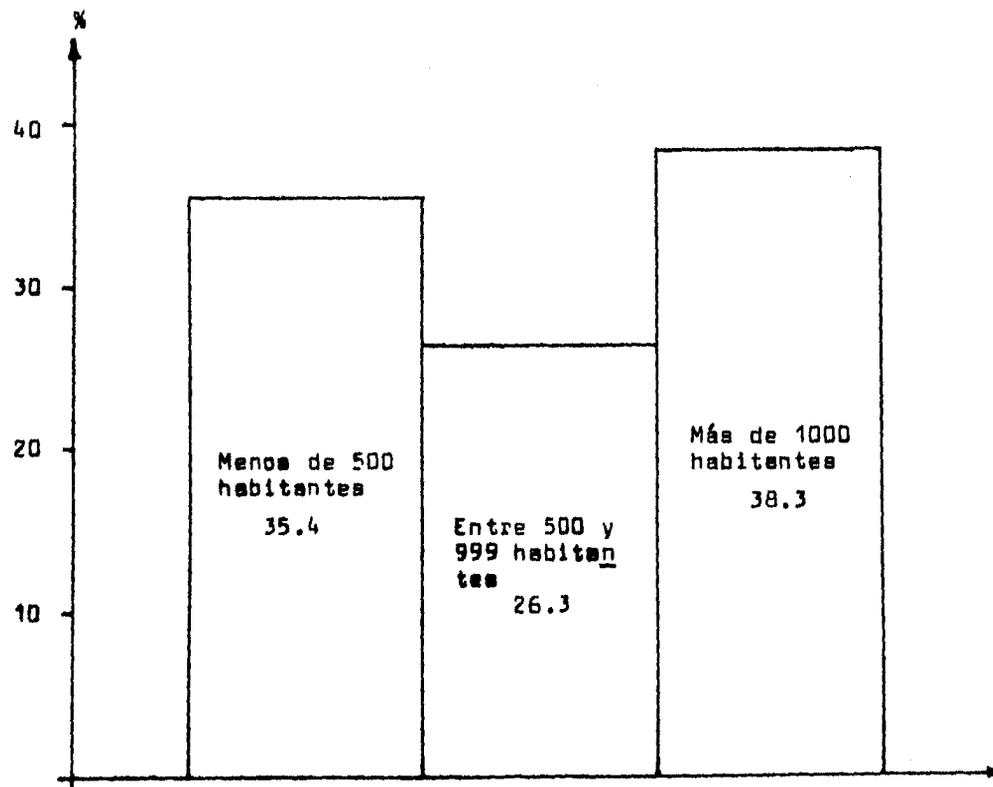
Si bien es cierto que un alto porcentaje de las localidades visitadas no corresponden al tamaño ideal establecido, también es cierto que se cubrió en un porcentaje importante el objetivo de otorgar servicios en localidades que no contaran con otros recursos institucionales de salud, ya que el 75% de las entrevistadas declararon no tener en su localidad ninguno de estos recursos.

Observando el cuadro IV.11 podremos notar que las localidades visitadas cuentan a lo más con una institución de salud. Este indicador se construyó sumando el número de instalaciones de salud a los que puede asistir cada entrevistada dentro de la localidad, encontrándose con base en este que ninguna entrevistada conoce dos o más instituciones que proporcionen servicios de salud.

La existencia de estos servicios en localidades menores a 500 habitantes es relativamente baja, ya que solo el 7.3% de las mujeres respondió contar con alguno de estos centros, aumentando este porcentaje al 41.0% y 30.3% en localidades entre 500 y 1000 habitantes y de más de 1000 habitantes respectivamente.

Gráfica IV.10

Distribución porcentual de las entrevistadas según el tamaño de la localidad de residencia



Cuadro IV.11

Distribución porcentual del número de instituciones de salud - dentro de la localidad por tamaño de la localidad de residencia

Número de instituciones	Tamaño de la localidad			
	Menos de 500 hab.	Entre 500 y 1000 hab.	Más de 1000 hab.	T o t a l
0	92.7	59.0	69.7	75.1
1	7.3	41.0	30.3	24.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

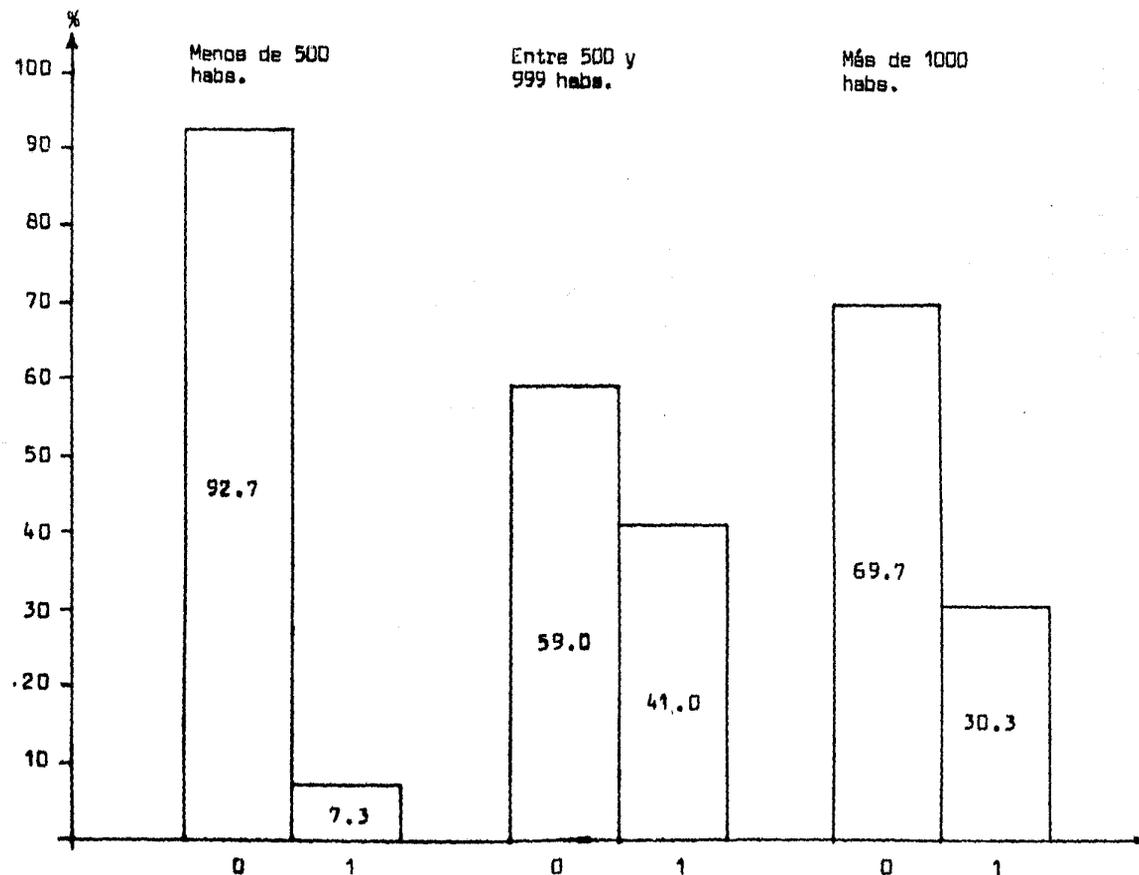
Analizando ahora las instituciones con las que se tiene la duplicidad de labores, vemos que es con los dos grandes sistemas de salud que operan en áreas rurales: El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cubriendo el primero un 55.6% de las comunidades que son visitadas por la Secretaría de la Reforma Agraria, mientras el 44.4% restante tiene alguno de los distintos servicios que proporciona la S.S.A., como son Centros de Salud, Encargadas de Comunidad, o bien Consultorio Rural, y cuyos porcentajes se presentan en el cuadro IV.12.

Cuadro IV.12

Distribución porcentual de las instituciones de salud a las que las entrevistadas tienen acceso dentro de la localidad

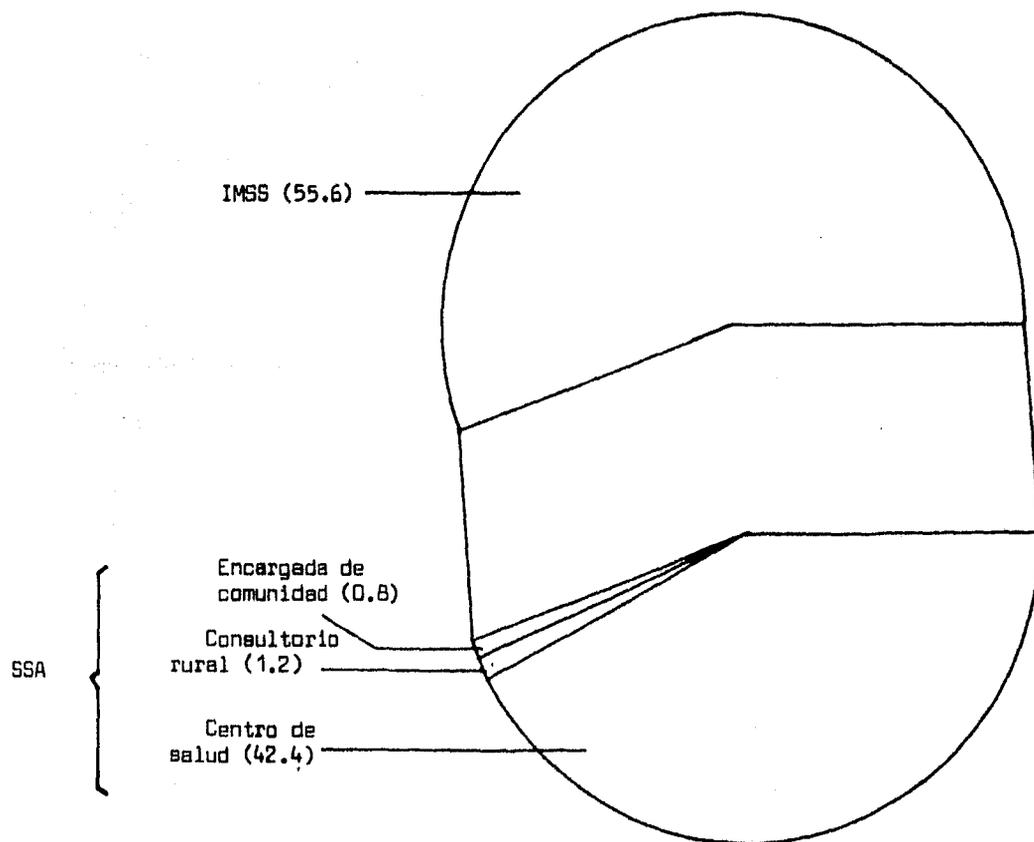
Institución	Distribución porcentual
I.M.S.S.	55.6
S.S.A.	44.4
Centro de Salud	42.4
Encargada de Comunidad	0.8
Consultorio Rural	1.2
T o t a l	100.0

Gráfica IV.11
 Distribución porcentual del número de instituciones de salud en la localidad según el tamaño de la localidad de residencia



Gráfica IV.12

Distribución porcentual de las instituciones de salud a las que tienen acceso las entrevistadas dentro de la localidad



El hecho de que estas instituciones de salud proporcionen servicio en las mismas comunidades en que lo hace el programa de la S.R.A. puede ser un factor que incida directamente en un menor rendimiento de este último programa, ya que en muchos de los casos las instituciones de salud que ahí operan, cuentan con instalaciones más adecuadas para la atención de la salud, y en particular de las usuarias de métodos anticonceptivos. Esta es la situación de la S.S.A., que es conocida a través de Centros de Salud y Consultorios Rurales por un 43.6% de las entrevistadas que pueden asistir a algún sistema de salud dentro de la localidad, y que cuentan ya ambos con un local y mejores elementos para la atención ^{7/}.

Por otra parte, se considera que la preferencia de los habitantes de una localidad hacia alguna institución de salud no está sujeta únicamente a la existencia de ésta dentro de la localidad, ya que existe la alternativa de recurrir a aquellos servicios ubicados fuera de ésta, dependiendo de la facilidad de acceso a los mismos.

Por este motivo, y para contar con un esquema más amplio de la situación que guardan las comunidades estudiadas respecto a la atención de la salud y planificación familiar, se hace a continuación un breve análisis del acceso a los servicios fuera de la localidad de residencia.

La primera variable que se estudió sobre este rubro fué el medio de transporte que los entrevistadas utilizaban comúnmente para trasladarse al lugar donde se preste la atención médica, encontrándose que la mayoría, un 84.3% se transportó en camión o automóvil, mientras un 14.8% hizo el recorrido caminando, y tan solo un 0.9% lo hizo en caballo o lancha.

^{7/} No se incluye en este porcentaje a la encargada de comunidad, ya que este personaje puede o no contar con local y equipo adecuados.

Cuadro IV.13

Distribución porcentual del medio utilizado para asistir a alguna institución de salud fuera de la localidad de residencia

Transporte utilizado	Distribución porcentual
Camión o automóvil	84.3
Caminando	14.3
Caballo o lancha	0.9
T o t a l	100.0

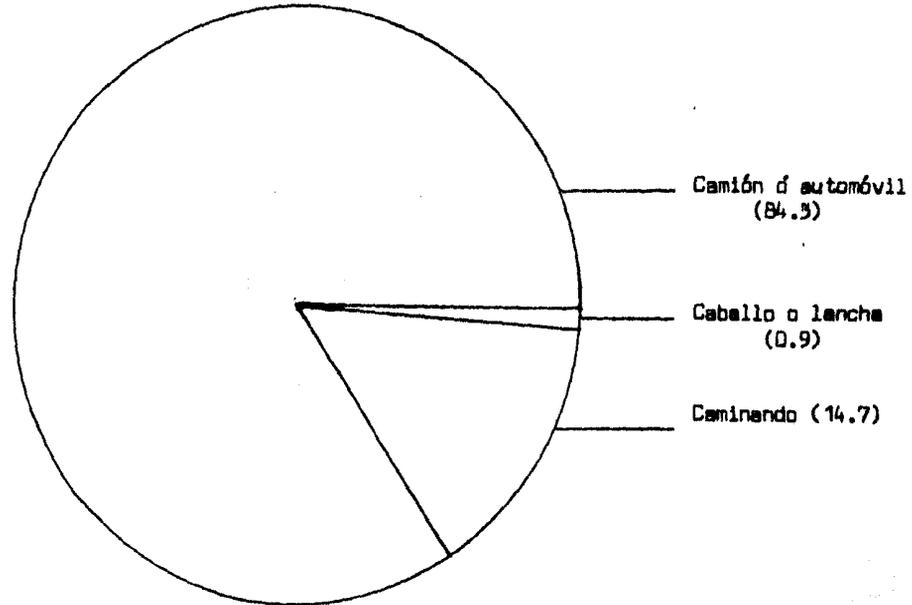
En una primera instancia, el elevado porcentaje de entrevistadas que utilizó el camión o automóvil nos hace pensar que estos centros de atención se encuentran alejados de las localidades de residencia. Sin embargo, si se toma en consideración que se trata de localidades rurales, dispersas en su mayoría, el hecho de que tan alto porcentaje utilice tal medio de transporte no es indicador suficiente para establecer de manera definitiva que los centros de atención sean efectivamente de difícil acceso. Por ello se decidió incorporar al presente estudio el tiempo de recorrido a la institución de salud.

La información que en este sentido nos proporciona la encuesta, nos muestra que aproximadamente una tercera parte de las mujeres, 76.7%, ocupan una hora o menos para realizar el traslado al sitio donde se proporciona la atención médica, independientemente del medio de transporte utilizado, disminuyendo este porcentaje al 43.5% cuando el tiempo de transporte es menor o igual a media hora.

Con estas cifras complementarias, y tomando en consideración una vez más las condiciones rurales, se puede decir que en general los servicios son accesibles a las entrevista-

Gráfico IV.13

Distribución porcentual de las entrevistadas según el medio utilizado para asistir a alguna institución de salud fuera de la localidad de residencia



das, si comparamos las condiciones de transporte establecidas, con las que se dan inclusive en áreas urbanas, donde los tiempos de transporte llegan a ser similares.

Con esto, no se pretende afirmar que todas las entrevistadas cuenten con un servicio de salud de fácil acceso, ya que por ejemplo el 29.6% de las mujeres que hacen el recorrido a estos lugares caminando, ocupan al menos una hora, y el 78% - de las que ocupan más de dos horas en el traslado lo hacen en camión o automóvil, teniendo que considerar que aunado a este tiempo, existe una importante dificultad para el uso del transporte público.

Cuadro IV.14

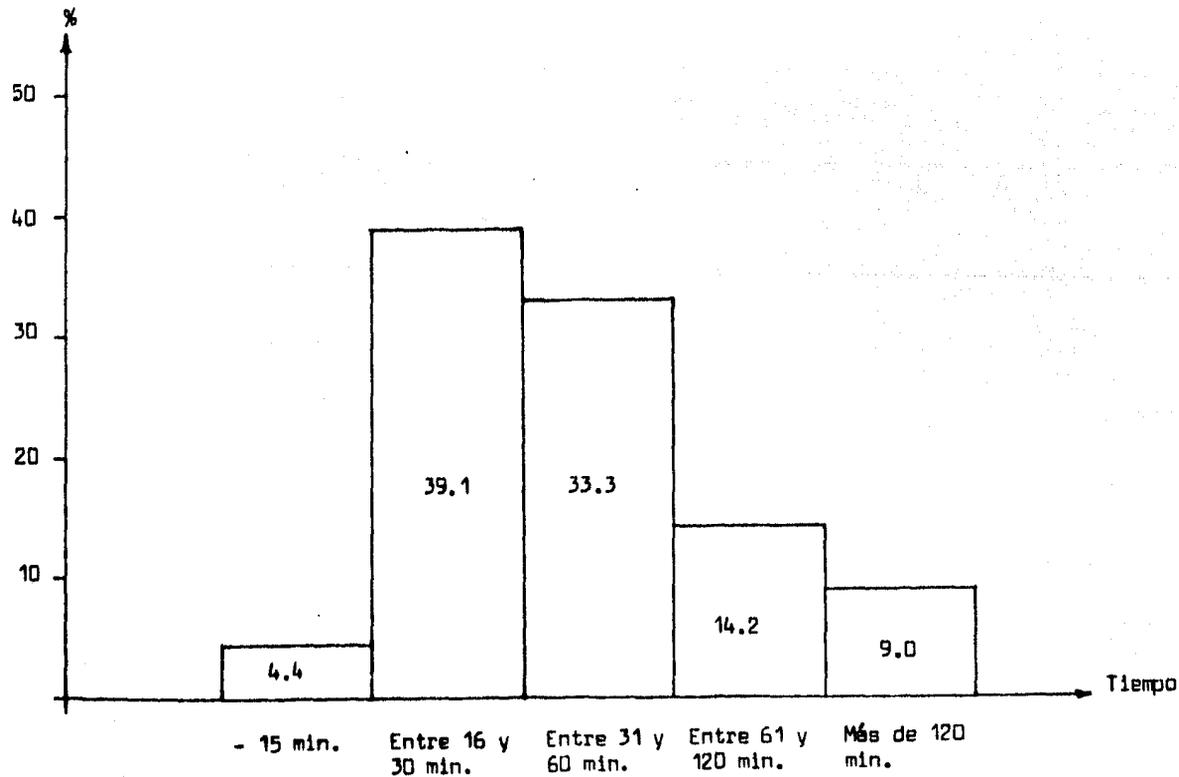
Distribución porcentual del tiempo de recorrido para asistir - a un centro de salud fuera de la localidad por medio de transporte

Medio de transporte	Tiempo de transporte					Total
	Menos de 15 min.	Entre 16 y 30 min.	Entre 31 y 60 min.	Entre 61 y 120 min.	Más de 120 min.	
Camión o auto	5.3	43.7	29.7	13.0	8.3	100.0
Caminando	-	14.8	55.6	21.3	8.3	100.0
Caballo o lancha	-	-	-	12.5	87.5	100.0
T o t a l	4.4	39.1	33.3	14.2	9.0	100.0

Los medios de atención médica que consultan las mujeres fuera de las localidades de residencia son en su mayoría - particulares, ya que el 55.6% de las entrevistadas visitan a - los médicos particulares, y el 0.5% asisten a las farmacias, - mientras al sector salud asisten el 36% de las mujeres, aten-- diendo la S.S.A. al 21.2%, el I.M.S.S. al 12.9% y el I.S.S.S.T.E. al 1.9%

Gráfica IV.14

Distribución porcentual de las entrevistadas que acuden a alguna institución de salud fuera de la localidad según el tiempo de transporte.



Cuadro IV.15

Distribución porcentual de los medios de salud a los que asisten las entrevistadas fuera de su localidad de residencia

Institución	Distribución porcentual
S.S.A.	21.2
I.M.S.S.	12.9
I.S.S.S.T.E.	1.9
Médico Particular	55.6
Farmacia	0.5
Otros	7.9
T o t a l	100.0

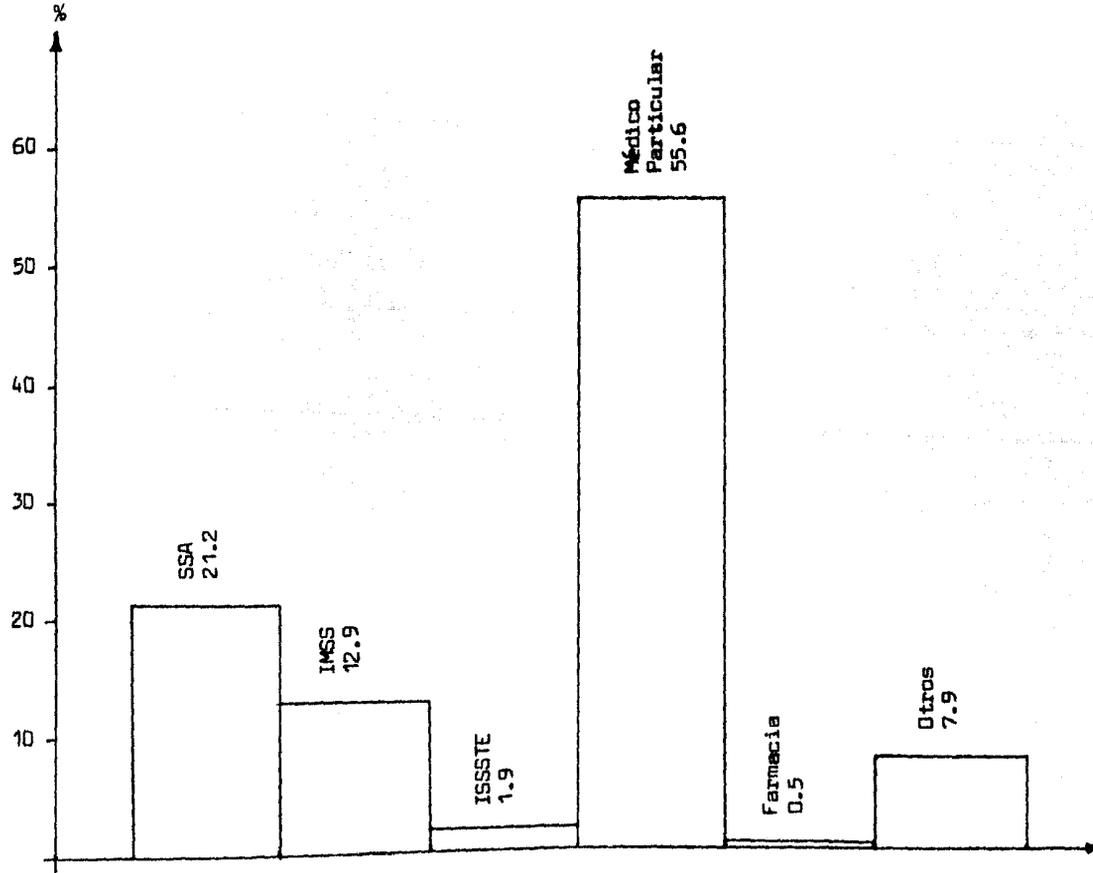
5. Análisis de la estrategia de información.

Una de las actividades primordiales dentro del esquema de trabajo de este proyecto, corresponde a la sensibilización de la población a través de pláticas y proyecciones de películas relativas a los temas de salud materno-infantil y planificación familiar. Su importancia radica en el hecho de que constituye la base para las actividades subsecuentes del programa, ya que si esta labor se lleva a cabo de manera defectuosa, su resultado se refleja en diversos aspectos. Por una parte, una baja proporción de la población hará uso de los servicios ofrecidos, esto es, que la población que atenderá el personal de la S.R.A., dadas las características particulares del programa, estará formada en su mayoría por las mujeres que asistieron a las sesiones de información.

Por otra parte, si las pláticas no son adecuadas, las mujeres asistentes no estarán bien informadas acerca no solo de las ventajas y desventajas que el uso de la metodología anticonceptiva presenta, sino tampoco de las normas que rigen

Gráfica IV.15

Distribución porcentual de los médicos de salud a que asisten los entrevistados fuera de la localidad de residencia



su uso, factores que provocarán deserciones y rechazos al programa.

Estudiaremos entonces, como una primera aproximación a este tema, las características de la estrategia de sensibilización para posteriormente tratar de determinar su efecto en la población.

De acuerdo a las bases con las que opere el proyecto, los brigadistas son el personal capacitado para proporcionar la información que se impartiría en las localidades. Sin embargo, antes de adentrarnos en el análisis, es necesario hacer algunas consideraciones previas.

En primer lugar, ya que cada equipo estatal de brigadistas contaba con un solo equipo de proyecciones, es válido suponer que en algunos casos no se proyectó película, realizándose en su lugar una plática sobre los temas a tratar. Por otra parte, esta información pudo haberse dado de distintas maneras, ya sea a través de visitas domiciliarias o bien en reuniones previamente anunciadas, dependiendo de la factibilidad de organizar una reunión, en cuya realización intervienen factores como la existencia de un local adecuado o la conformación y distribución de la población.

Ya que podemos considerar al brigadista como el transmisor directo de la información, el hecho de conocer a este personaje así como la forma de conocerlo revisten especial importancia en cuanto a este proceso de información se refiere.

En este sentido, los resultados de la encuesta nos permitieron detectar que el 12.3% de las entrevistadas no recibieron información del brigadista, lo cual confirma nuestro supuesto de que la población usuaria estaría integrada en su mayoría por mujeres que hubieran tenido alguna información sobre

la existencia del programa y del uso de los métodos de control natal.

Al revisar la información acerca de la manera en que se dió la información a la población, se encontró que un porcentaje muy alto, el 87.4%, recibió esta información a través de visitas domiciliarias, mientras el 10.5% asistió a algún local en el que se dió la plática, y tan solo un 2.1% declaró haberlos conocido de otra forma. Aunque estas cifras no nos sirven para determinar de manera definitiva la modalidad más utilizada para la promoción del programa ^{B/}, sí pueden ser útiles como una referencia para el análisis posterior.

Cuadro IV.16

Distribución porcentual de la forma en que se proporcionó información a las entrevistadas

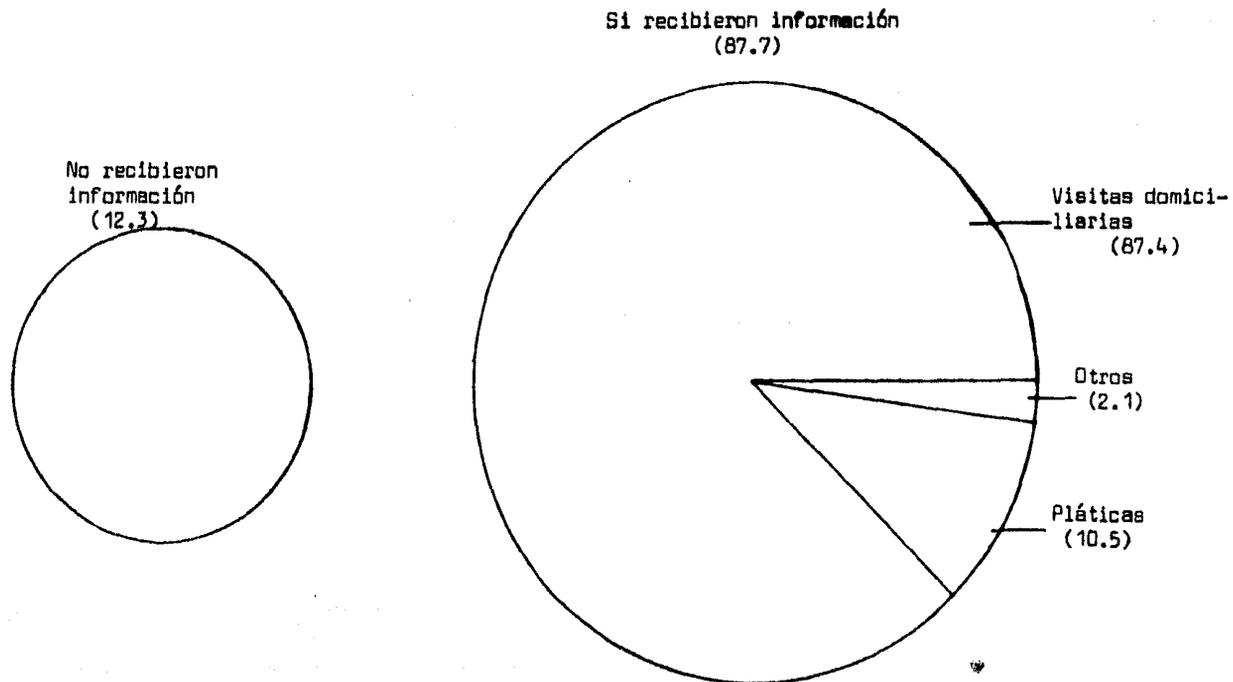
Forma utilizada	Distribución porcentual
Visitas domiciliarias	87.4
Pláticas en reuniones	10.5
Otros	2.1
Total	100.0

De los diversos temas relacionados con salud materno infantil y planificación familiar que fueron desarrollados en las pláticas ofrecidas o bien tratados en las visitas domiciliarias, destaca por su frecuencia el que se refiere a la des-

^{B/} Recuérdese que el marco muestral considera únicamente a las mujeres que optaron por algún método anticonceptivo, no incluyendo por lo tanto a algunas mujeres a las que sí se les proporcionó información.

Gráfica IV.16

Distribución porcentual de las entrevistadas según si recibieron o no información del programa y la forma en que la recibieron



cripción y uso de los métodos anticonceptivos orales, ya que de la totalidad de mujeres que tuvieron oportunidad de asistir a la plática, el 50.0% afirmó que en ella se había hablado únicamente de este tema, mientras el 32.0% declaró haber recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos en general, y el restante 18.0% contestó a este respecto que la información se refería a diversos temas de salud materno-infantil, como son: atención al niño y cuidado del embarazo.

El hecho de que en tan alto porcentaje de los casos se haya hablado del uso de las pastillas anticonceptivas puede ser un factor determinante para una mayor concentración en el uso de este método, ya que, si recordamos, este método es uno de los que se proporcionan a través del programa, junto con -- los preservativos, DIU'S y esterilizaciones.

Es también de llamar la atención el que el 18% de las entrevistadas hayan recibido información sobre salud materno-infantil y no de planificación familiar, cuando se trata de un programa que pretende difundir el uso de anticonceptivos en la población rural.

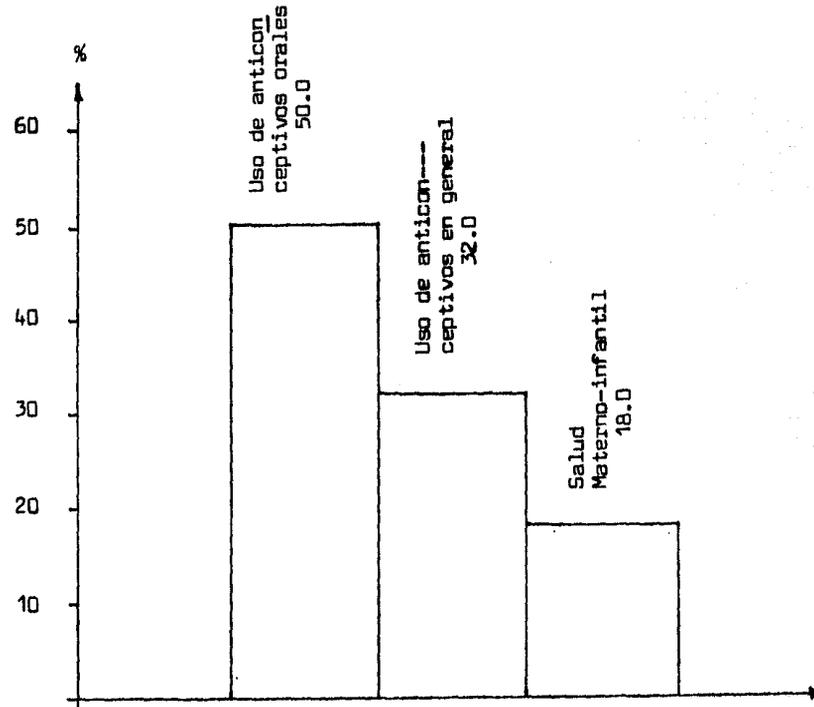
Cuadro IV.17

Distribución porcentual de los temas tratados por los brigadistas

T e m a	Distribución porcentual
Uso de anticonceptivos - orales	50.0
Uso de anticonceptivos - en general	32.0
Temas de salud materno - infantil	18.0
T o t a l	100.0

Gráfica IV.17

Distribución porcentual de las entrevistadas que recibieron información del programa según el tema tratado



Considerando que los beneficios de una sesión de información dependen en buena medida de la preparación de los temas y de la claridad con la que estos se expongan, estudiamos desde el punto de vista de las entrevistadas la calidad de la exposición, a través de su consideración acerca de si las explicaciones que daba el personal eran buenas o no. Esta medida, aunque no es la ideal, nos permite vislumbrar en qué porcentaje la información logró ser captada por el auditorio.

En una primera aproximación encontramos que, en general las mujeres entendieron la información proporcionada por el equipo de brigadistas, reflejándose esto en el hecho de que el 70.7% de las mujeres asistentes a estos eventos, declararon que estas personas explicaban bien los temas expuestos.

Sin embargo, existieron temas que fueron mejor "calificados" por parte de la concurrencia que otros. En particular, podemos decir que los temas que trataron sobre anticoncepción fueron considerados como bien explicados, pues el 64.9% de las mujeres a las que se les habló sobre el uso de las pastillas y el 91.9% de las mujeres que recibieron información sobre anticonceptivos en general así lo declararon. Sin embargo, cuando el tema versaba sobre salud materno-infantil, esta misma opinión fue compartida por el 40.3% de las asistentes.

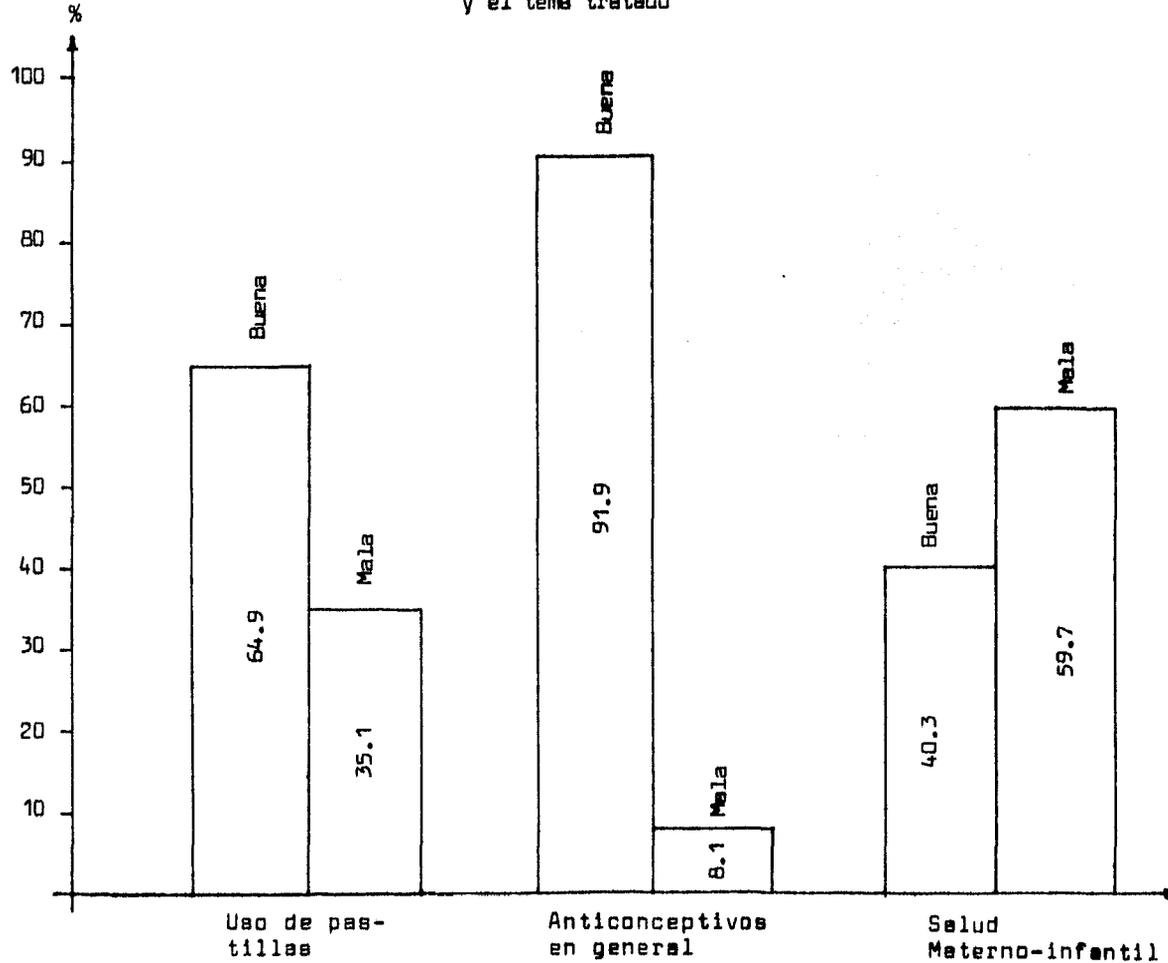
Cuadro IV.18

Distribución porcentual de los temas tratados por los brigadistas según la calidad en la exposición

Tema tratado	Calidad en la exposición		
	Buena	Mala	Total
Uso de anticonceptivos orales	64.9	35.1	100.0
Uso de anticonceptivos en general	91.9	8.1	100.0
Temas de salud materno-infantil	40.3	59.7	100.0
T o t a l	70.7	29.3	100.0

Gráfica IV.18

Distribución porcentual de las entrevistadas que recibieron información según la calidad de exposición y el tema tratado



Otro aspecto de relevancia que consideramos oportuno mencionar es el concerniente a la extensión de los temas tratados, en el sentido de si esta información satisfizo las necesidades de conocimiento de las asistentes.

Al analizar la información de la encuesta en este renglón, detectamos que, el tema que las entrevistadas más solicitaban que se tratara es el de uso de anticonceptivos en general, el cual fué pedido por el 47.2% de las mujeres que tuvieron información, siguiéndole en importancia el tema sobre ventajas y desventajas del uso de estos métodos, solicitado por el 18.4% de estas mujeres, y finalmente el 5.4% requería información sobre anticonceptivos y salud materno-infantil. De los tres porcentajes presentados anteriormente, resulta interesante observar que un porcentaje significativo de las mujeres, un 18.4%, solicita información sobre ventajas y desventajas de los anticonceptivos, ya que ello nos da una idea de los mitos y creencias que sobre la metodología anticonceptiva se ha creado, es decir, refleja un deseo por conocer la realidad del uso de estos métodos.

Por otra parte, al analizar la información sobre temas deseados respecto a los temas tratados por el equipo de la S.R.A., encontramos que cuando se dió información sobre algún tema de anticoncepción, un alto porcentaje requería mayor información relacionada con este rubro. En particular, cuando se habló únicamente acerca de anticonceptivos orales, un porcentaje significativo de los asistentes, el 50.6%, afirmó desear mayor información sobre otros métodos de control natal, y un 16.3% de estas mujeres solicitó información sobre ventajas y desventajas del uso de la metodología anticonceptiva. Además, cuando el tema abordado por los brigadistas fué el uso de anticonceptivos en general, un 44.0% deseó mayor información sobre este mismo tema, y el 19.5% lo deseó sobre las ventajas y desventajas del uso de estos métodos.

Cuadro IV.19

Distribución porcentual de los temas tratados por los brigadistas según los temas adicionales deseados

Tema tratado	Temas adicionales deseados				Total
	Ventajas y desventajas	Uso de anticonceptivos	Anticonceptivos y salud M. I.	No sabe y otros	
Uso de anticonceptivos orales	16.3	50.6	4.2	28.9	100.0
Uso de anticonceptivos en general	19.5	44.0	5.9	30.6	100.0
Temas de salud materno-infantil	22.0	43.7	7.6	26.7	100.0
T o t a l	18.4	47.2	5.4	29.0	100.0

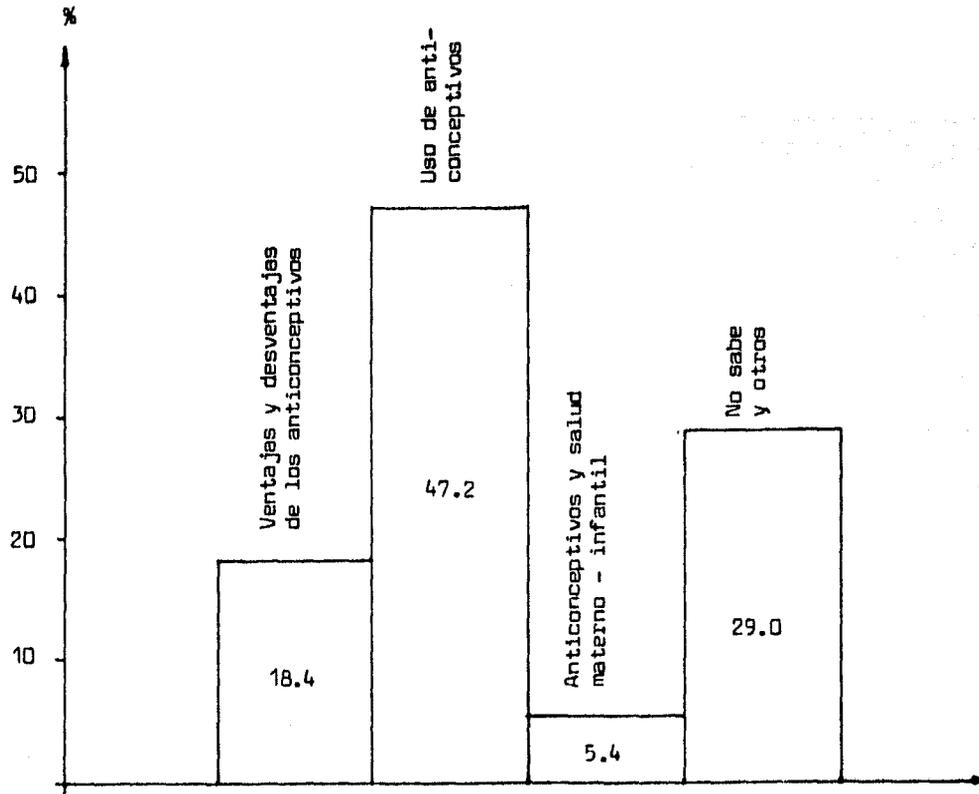
La medición del impacto que esta actividad de información tuvo sobre la población puede efectuarse en una primera instancia sobre el número promedio de métodos conocidos por las entrevistadas, discriminando por la asistencia o no a las pláticas. Sin embargo, los resultados reflejan que, en este sentido, el impacto del programa no fué significativo, pues el promedio de métodos conocidos por aquéllas que recibieron alguna información fué de 2.31, mientras que para el segundo grupo fué de 2.38. Esto tal vez pueda explicarse por el hecho de que a nivel nacional el conocimiento de métodos anticonceptivos es alto ^{9/}.

Tal vez el impacto del programa pueda medirse a través de indicadores más directamente relacionados con los temas

^{9/} La Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978, nos dice que el 91.7% de las mujeres entre 15 y 49 años conocen al menos un método de control natal.

Gráfica IV.19

Distribución porcentual de las usuarias que sostuvieron pláticas con los brigadistas según los temas - adicionales deseados



específicos incluidos en la estrategia.

Sin embargo, el llevar a cabo un exámen minucioso sobre los conocimientos adquiridos por las participantes es un tema muy extenso y queda por ello fuera de los alcances del presente estudio.

Cuadro IV.20

Número total y promedio de métodos conocidos por las entrevistadas según la asistencia a las pláticas ofrecidas

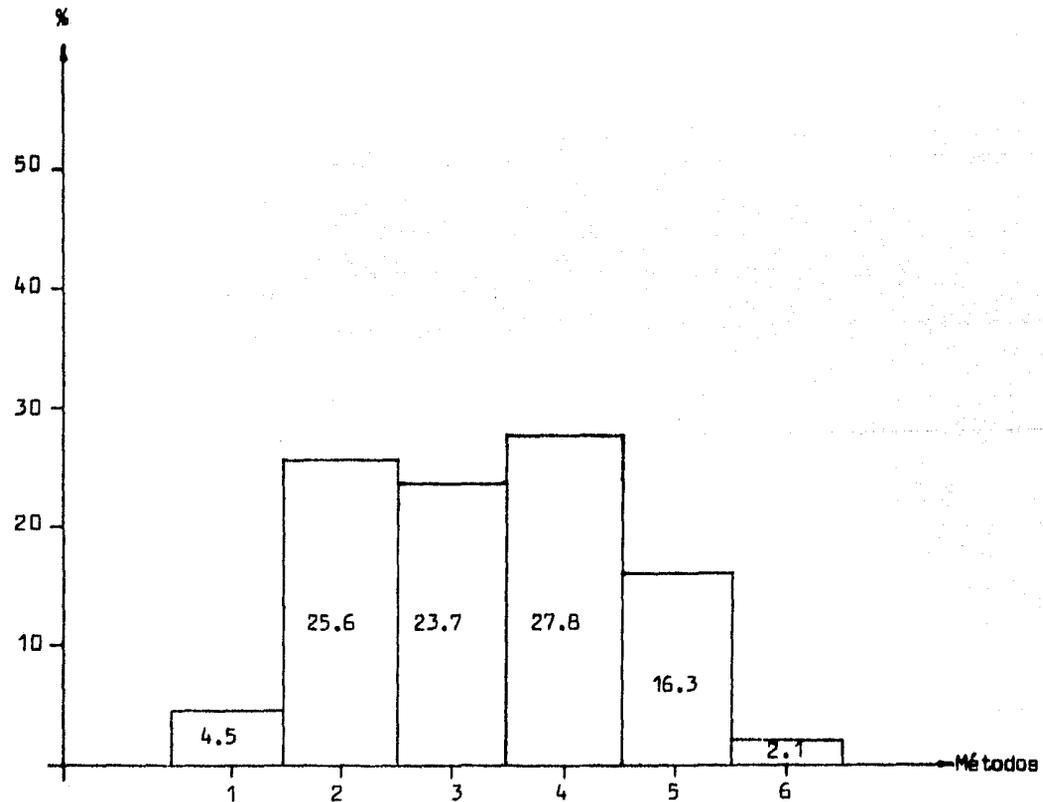
Número de métodos	Asistencia a las pláticas		
	Si	No	Total
0	4.3	5.8	4.5
1	26.1	21.5	25.6
2	23.2	27.6	23.7
3	28.5	23.4	27.8
4	16.2	16.7	16.3
5	1.7	5.0	2.1
Total	100.0	100.0	100.0
Promedio	2.31	2.38	2.32

6. Análisis de los servicios proporcionados por los agentes del programa.

De la totalidad de mujeres entrevistadas, el subgrupo que nos puede proveer con la información más precisa sobre los servicios prestados por el personal que labora en el programa, es el de aquellas mujeres que alguna vez consiguieron un método de control natal con estos agentes. Por ello, esta última sección se centrará en el estudio de estas mujeres.

Gráfica IV.20

Distribución porcentual de las entrevistadas según el número de métodos anticonceptivos que conocen



El subgrupo seleccionado está integrado por las siguientes mujeres :

- Aquellas que utilizan actualmente 10/, un método proporcionado por el programa.
- Aquellas que no usan actualmente 10/, un método anticonceptivo proporcionado por el programa, pero que en algún momento lo consiguieron a través de este recurso.

Estas usuarias y ex-usuarias representan las tres cuartas partes de la muestra, ya que excluimos a aquellas mujeres que nunca usaron un método del programa, de acuerdo a lo establecido en una sección anterior de este estudio.

Cuadro IV.21

Distribución porcentual de las entrevistadas según el uso de los servicios del programa

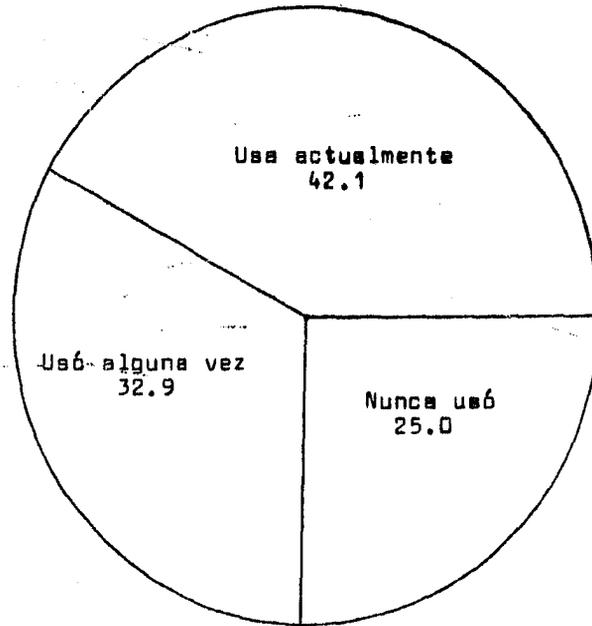
Uso de los servicios	Distribución porcentual
Usa actualmente	42.1
Usó alguna vez	32.9
Nunca usó	25.0
T o t a l	100.0

Aunado a esto, ya que las usuarias de determinados métodos anticonceptivos como el Dispositivo Intrauterino y la esterilización son objeto de un tratamiento especial a través de referencias a los niveles superiores de atención médica, -

10/ Actualmente se refiere al momento de la entrevista.

Gráfica IV.21

Distribución porcentual de las entrevistadas según el status de uso de los servicios del programa



se diseñó una sección especial dentro del cuestionario a fin -- de captar el tipo y calidad de servicios proporcionados a estas personas. Sin embargo, el porcentaje de usuarias que optaron -- ya sea por el método quirúrgico o bien el dispositivo intrauterino fué de tan solo el 4.4% de las mujeres alguna vez usuarias, por lo que se decidió omitir en este apartado el análisis relativo a este grupo, puesto que no aportaría resultados significativos en este sentido.

Cuadro IV.22

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez usuarias según el último método utilizado

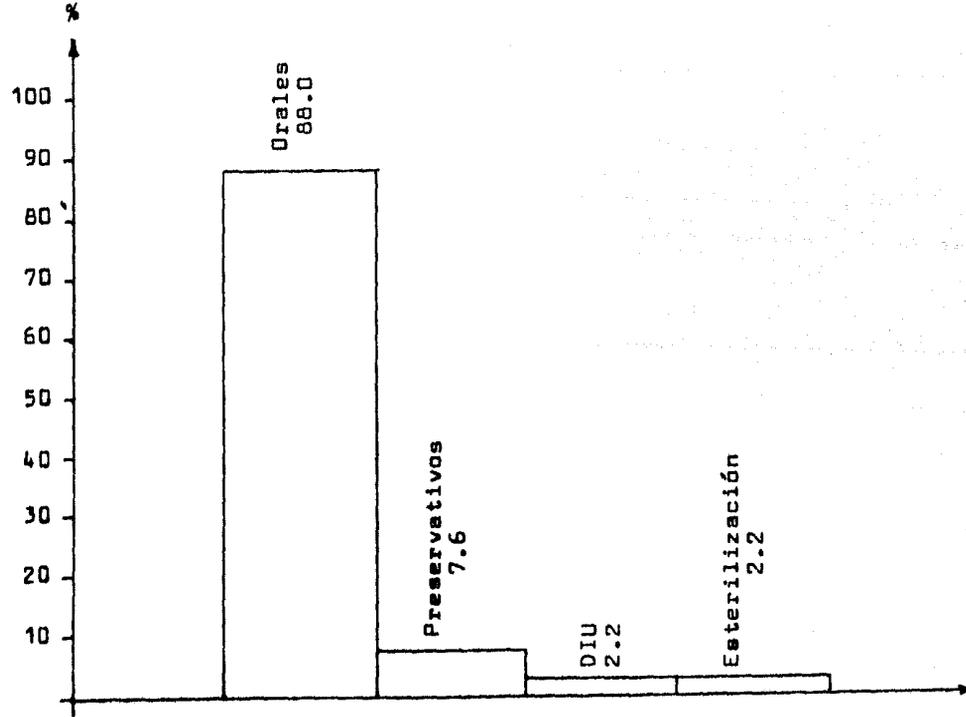
M é t o d o	Distribución porcentual
Orales	88.0
Preservativos	7.6
O I U	2.2
Esterilización	2.2
T o t a l	100.0

Al analizar la distribución del Cuadro IV.22, encontramos un alto porcentaje de mujeres que en algún momento utilizaron los métodos orales, posiblemente debido a que en las pláticas se promovió en particular el uso de este método, mientras que el uso de los métodos OIU y esterilización representó un -- porcentaje significativamente bajo en relación con los preservativos, ya que este último ha tenido una muy baja aceptación en los diversos estudios de los que se tiene conocimiento ^{11/}.

^{11/} La Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos -- Anticonceptivos reporta que a nivel nacional solo el 2.8% -- utilizaba este método al momento de la entrevista.

Gráfica IV.22

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez usuarias según el último método utilizado



Esta inversión en la distribución nos indica cierta tendencia al uso de anticonceptivos proporcionables en la propia localidad, debida probablemente a la facilidad de obtención, al temor de tener que acudir a un hospital a someterse a un tratamiento hasta cierto punto desconocido, o como ya lo hemos mencionado, a la mayor promoción hecha a algunos métodos en las reuniones de información.

Por otra parte, al analizar la distribución del último método utilizado por grupos quinquenales de edad, se observa un importante uso de los anticonceptivos orales en los grupos de edad elevados. Esto nos lleva a pensar que existe una marcada preferencia de los métodos proporcionados en la localidad a través del promotor voluntario, provocada por una mayor promoción hecha a estos métodos.

Esto se basa en el hecho de que mujeres que requieren de métodos más definitivos como la esterilización o el DIU, siguen utilizando los hormonales orales, no obstante los problemas de salud a los que a esas edades están sujetas.

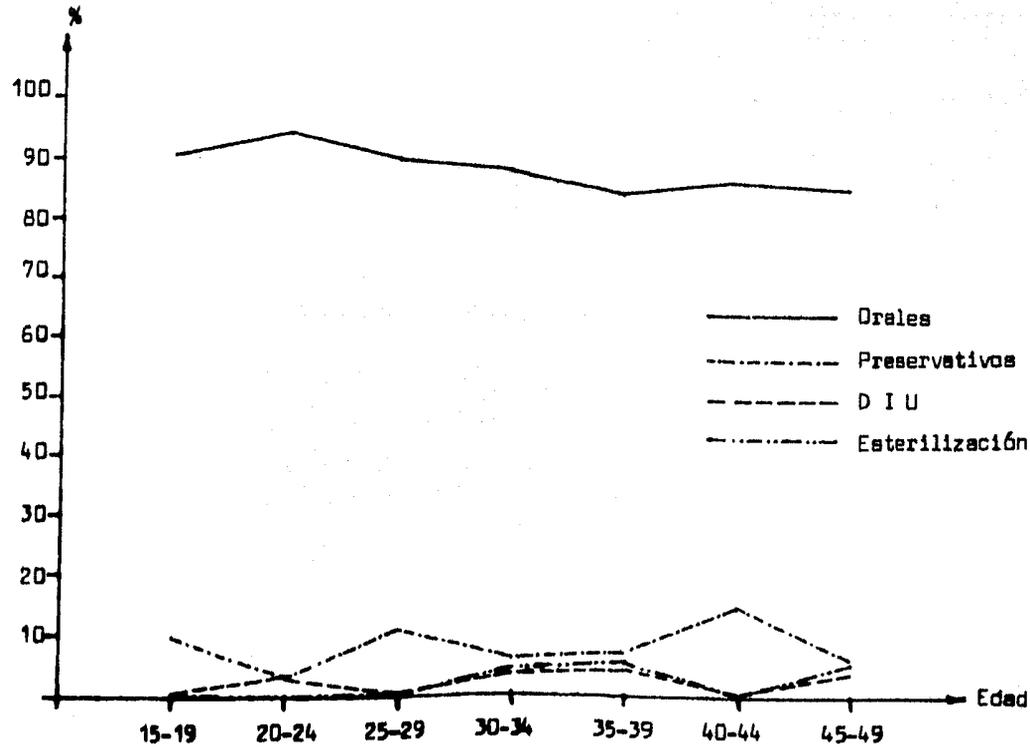
Cuadro IV.23

Distribución porcentual del último método utilizado según grupos quinquenales de edad

Grupo de edad	Método utilizado				Total
	Orales	Preservativo	DIU	Esterilización	
15 - 19	90.1	9.9	0.0	0.0	100.0
20 - 24	93.7	3.2	3.1	0.0	100.0
25 - 29	89.4	10.6	0.0	0.0	100.0
30 - 34	87.5	5.8	3.1	3.6	100.0
35 - 39	83.4	6.8	4.2	5.6	100.0
40 - 44	85.7	14.3	0.0	0.0	100.0
45 y +	84.3	6.9	3.4	5.4	100.0
Total	88.0	7.6	2.2	2.2	100.0

Gráfica IV.23

Distribución porcentual del último método utilizado por las usuarias por grupos quinquenales de edad



Uno de los aspectos relevantes dentro de la prestación de servicios se refiere a la existencia permanente de anticonceptivos en la localidad, que permita su obtención en el momento que se requiera. A este respecto, el 83.1% de las mujeres alguna vez usuarias (usuarias y ex-usuarias) respondieron que el promotor voluntario siempre tenía el anticonceptivo adoptado, cuando ella lo solicitaba, y el 16.9% afirmó que este no siempre estaba disponible.

Cuadro IV.24

Distribución porcentual de la existencia de anticonceptivos - en la localidad 1/

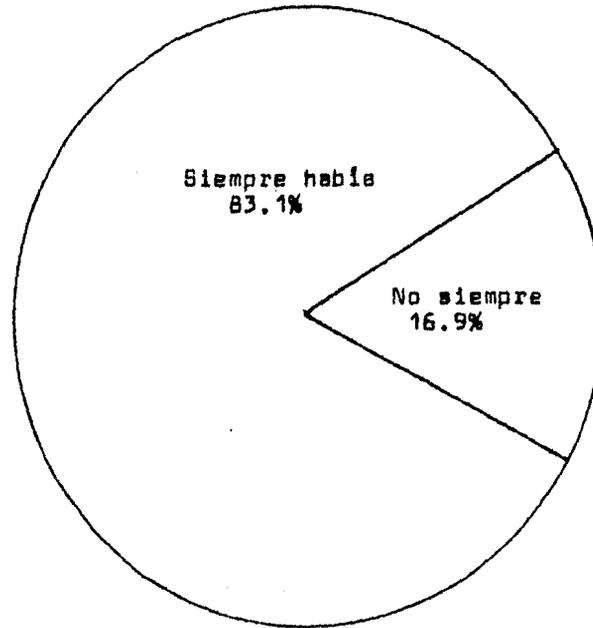
Existencia	Distribución porcentual
Siempre	83.1
No siempre	16.9
T o t a l	100.0

1/ Tomando como base a las mujeres alguna vez usuarias.

Pensando en las posibles consecuencias que puede tener esta carencia de métodos en el desarrollo del programa, estudiamos las causas de deserción de las ex-usuarias del programa, detectándose que la no existencia de los métodos de control natal en la comunidad había provocado el 25.7% de los abandonos del programa. Sin embargo, la causa de deserción más importante es la relativa a los efectos indeseables de los métodos hormonales, que representó el 40.0% de la totalidad de ex-usuarias, refiriéndose las demás razones de deserción más bien a características personales como el deseo de embarazo, que se presentó en el 20.0% de los casos, o la terminación de la vida fértil, que motivó el 14.3% de los abandonos.

Gráfica IV.24

Distribución porcentual de la existencia de anticonceptivos en la localidad^{*/}



^{*/} Tomando como base a las mujeres alguna vez usuarias.

Cuadro IV.25

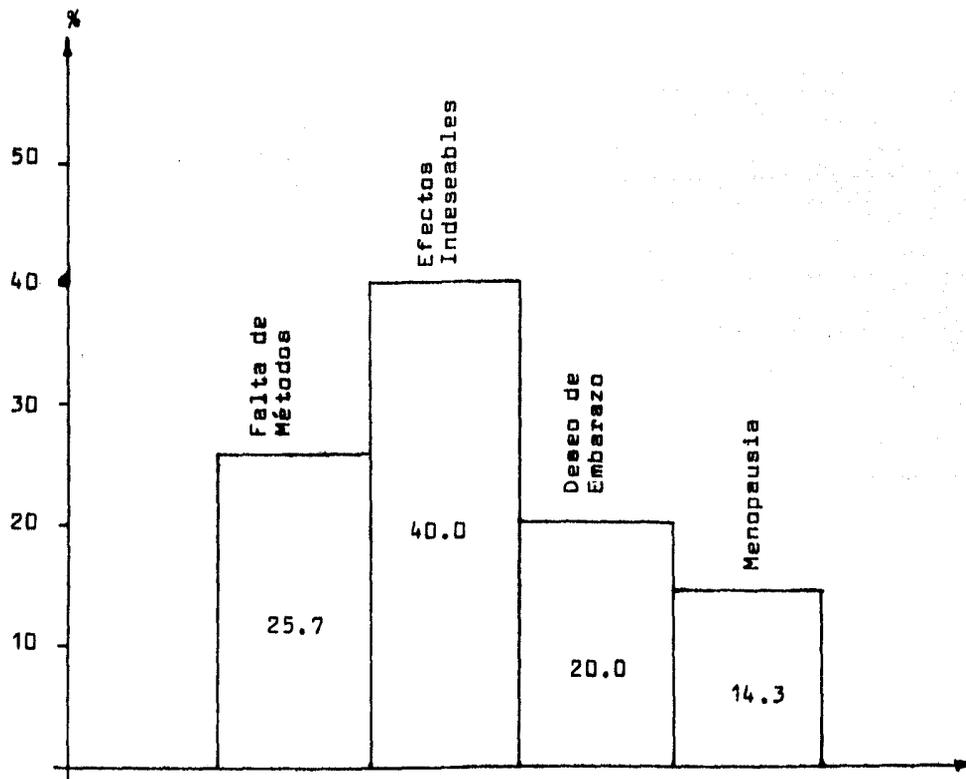
Distribución porcentual de las causas de deserción de las ex-usuarias

C a u s a	Distribución porcentual
Falta de métodos	25.7
Efectos indeseables	40.0
Deseo de embarazo	20.0
Menopausia	14.3
T o t a l	100.0

Entre los factores que provocaron la deserción de las usuarias es posible destacar aquellos que a nuestro modo de ver, son consecuencia directa del desarrollo del programa. Por una parte, como ya se estableció, la falta de métodos en la localidad, es el resultado de una falla en la supervisión por parte del personal capacitado según se observa en el cuadro IV.25, y por otra, el alto porcentaje de mujeres desertoras por "Efectos indeseables" en los métodos orales, que podía haber sido disminuido notablemente, ya fuera que se tratara de efectos secundarios o bien efectos de una inadecuada prescripción, pues en el primer caso, los efectos secundarios, no tienen mayor trascendencia, sin embargo, al no tener la usuaria un medio veraz de consulta para la explicación de este fenómeno, opta, por precaución o temor, por dejar de utilizar el método. En el caso que las ex-usuarias hubieran sufrido los efectos de una inadecuada prescripción, por ser mujeres sensibles a estos métodos, o con problemas cardiovascular, además de que esta prescripción es responsabilidad directa del brigadista, podía haberse disminuido si se hubiera tenido la oportunidad de recomendar un método más adecuado, a través de una supervisión más estricta.

Gráfica IV.25

Distribución porcentual de las ex-usuarias según las causas de deserción del programa



Cuadro IV.26

Distribución porcentual del tiempo transcurrido desde la última visita a la localidad

Tiempo transcurrido	Distribución porcentual
Menos de dos meses	17.7
De 2 a menos de 4 meses	22.3
De 4 a menos de 6 meses	45.4
Más de 6 meses	14.6
T o t a l	100.0

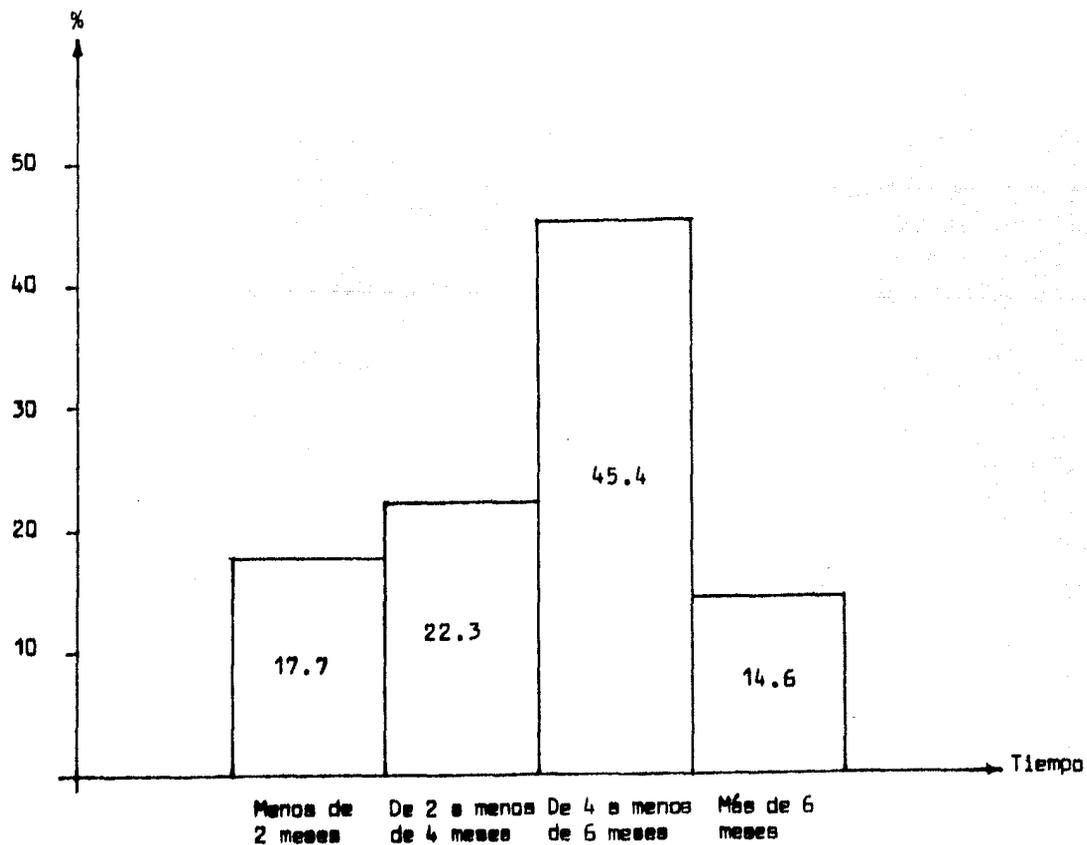
Como se ha visto hasta ahora, las visitas de apoyo a la comunidad revisten especial importancia en la prestación de servicios, no obstante, su relevancia va mas allá de los puntos revisados hasta aquí, pues a través de estas visitas se deben subsanar los problemas ocurridos en el proceso de implementación del programa en la localidad, como son la deserción de los promotores voluntarios o las deficiencias en el adiestramiento de este personal.

En este programa, de las 36 localidades que conformaron la muestra del estudio, únicamente 17 contaban al momento de la entrevista con los servicios de este personaje comunitario, lo que significa que el 65.3% ^{12/}, de las usuarias del programa dejaron de tener este elemento entre el inicio del

12/ Estos porcentajes se obtuvieron asignando a cada cuestionario de usuaria y ex-usuaria la existencia o no de promotor voluntario en la localidad de residencia.

Gráfica IV.26

Distribución porcentual del tiempo transcurrido desde la última visita a las usuarias en la localidad



programa y la fecha de la entrevista, o bien que en ningún momento lo tuvieron, al no encontrar candidatos dispuestos a desempeñar esta actividad.

Finalmente en lo que se refiere al adiestramiento de las 17 promotoras que se entrevistaron, 8 habían recibido alguna preparación por parte de los brigadistas para desarrollar las funciones de promotor voluntario, indicándonos esto que el 18.2% de las usuarias contaban al momento de la encuesta con personal adiestrado por personal de la brigada.

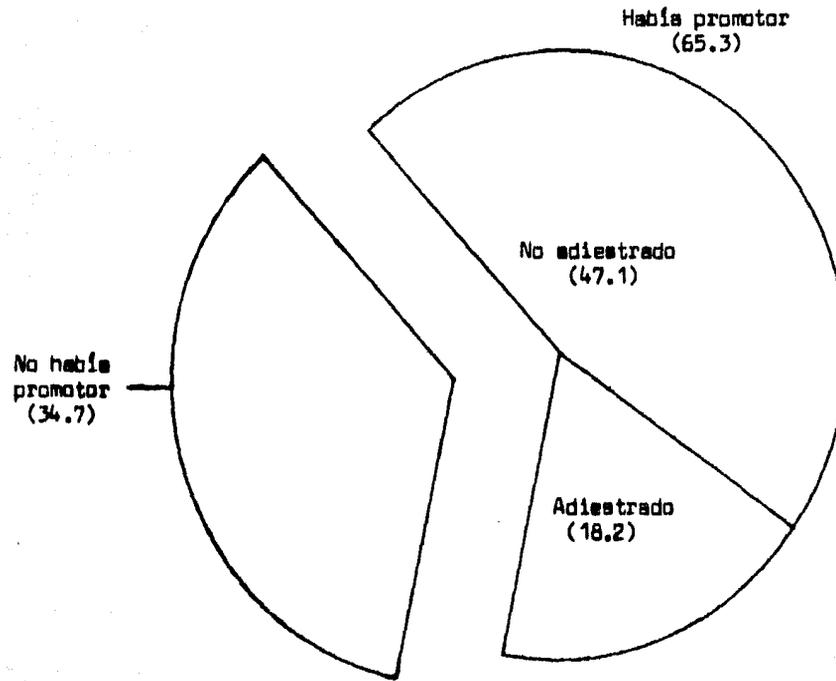
Cuadro IV.27

Distribución porcentual de las usuarias según la existencia y adiestramiento del promotor voluntario que le correspondía

Existencia y adiestramiento	Distribución porcentual
Había promotor	65.3
Adiestrado	18.2
No Adiestrado	47.1
No había promotor	34.7
T o t a l	100.0

Gráfica IV.27

Distribución porcentual de las usuarias según la existencia y adiestramiento del promotor voluntario en su localidad



CONCLUSIONES.

Considerando que el programa dirigido por la Secretaría de la Reforma Agraria corresponde a un esfuerzo al que no precedió experiencia nacional alguna, creemos conveniente presentar aquí, a manera de conclusiones, los elementos que a -- nuestro juicio proporcionan pautas para lograr una mejor prestación de los servicios.

Abordaremos inicialmente los aspectos relacionados con la planeación, es decir, aquellos relacionados con los lineamientos que normaron el funcionamiento del programa para -- posteriormente establecer los relativos a la ejecución del mismo.

De acuerdo a diversos autores, uno de los elementos básicos de la planeación es la programación de actividades a -- realizar en el transcurso del proyecto a ejecutar.

En este caso, dada la novedad del programa, es comprensible que en su planeación no hayan existido ni la experiencia ni la información necesaria para establecer una programación adecuada. Sin embargo, existen ya estudios que pueden proporcionar elementos útiles al esquema de planeación del programa.

En particular, el presente estudio permite establecer, a través de un análisis especial, el número de localidades que pueden ser asignadas a un grupo estatal de brigadistas, de manera que se permita a éste contar con un tiempo de permanencia suficiente para realizar las actividades de adiestramiento, promoción y supervisión, esto es, al establecer los periodos entre dos visitas a una comunidad, es posible determinar el número de localidades que cubriría el programa, lográndose con estos elementos una calendarización precisa de las ac

tividades que resulte en una adecuada implementación del mismo, evitándose así la insuficiencia de recursos humanos, como sucedió en esta experiencia.

Dentro de la programación del equipo con que cuenta el personal de la brigada para transportarse y realizar las actividades de promoción y distribución, es necesario anotar algunas deficiencias encontradas.

En primer lugar, ya que la camioneta asignada al equipo es muchas veces el único transporte que permite el acceso a las localidades, puesto que en su mayoría no cuentan con medios adecuados de comunicación, resulta de gran importancia que, dentro del establecimiento de los tiempos de visita a las comunidades, y la presupuestación, se tome en consideración el adecuado mantenimiento de este vehículo, dado que está expuesto a trabajos forzados.

Tal vez este punto pueda parecer irrelevante, sin embargo se encontró en algunas entidades que el programa estaba detenido o bien se había detenido durante varios meses debido a descomposturas de la camioneta, sin contarse con el presupuesto para su reparación.

Esta carencia se refleja en los largos períodos transcurridos entre las visitas a las localidades, pues cada día que no se hace algún recorrido, dejan de ser visitadas varias localidades, por el sistema de operación utilizado en el programa.

Por otra parte, al otorgarse a cada grupo estatal de brigadistas además de los megáfonos, un equipo de promoción -- constituido por un proyector, películas de 16 mm. y un generador, se provoca que la difusión se realice de manera distinta en las localidades, pues solo una de las visitadas en cada recorrido -- tendrá el apoyo de la proyección de una o más películas, mientras las demás estarán sujetas en su contenido y calidad a la -

capacidad y conocimiento del brigadista, haciendo que ya en principio esta promoción no sea uniforme.

Además de estas diferencias, es necesario tomar en cuenta que, de acuerdo a lo señalado en el esquema del programa, únicamente a una sexta parte de las localidades se le dará una presentación que incluya la exhibición de las películas.

Considerando estos puntos, se recomienda que, si no es posible dotar a los brigadistas de un número de equipos de proyección igual al total de brigadistas, se sustituya con otro tipo de elementos de difusión no tan sofisticados, que sí pueda ser asignado a cada elemento del equipo, y que permita una distribución homogénea de la información.

El siguiente aspecto que se establece es uno que se ubica también dentro del contexto de planeación y que creemos conveniente que se establezca en los lineamientos generales del programa, ya que no existe en el esquema inicial.

De acuerdo a las experiencias internacionales, en este tipo de programas, el promotor voluntario desempeña un papel preponderante en el desarrollo de actividades, y esta importancia se basa en el enlace que constituye entre la población y el programa, dado el conocimiento que este agente tiene de los habitantes y viceversa.

Es por ello necesario cuestionarse si el programa debe funcionar en localidades en las que no se encontró personal adecuado para desempeñar estas actividades y proponer alternativas cuando por deserción al programa o por migración la localidad no cuente más con este personaje. En el primer punto, cuando no se encuentre promotor voluntario, en la toma de decisiones deben incluirse consideraciones acerca de las distancias entre las localidades, pues puede decidirse no im-

plementar el programa en una localidad, y para sustituirla sea necesario incluir una que esté muy alejada de la zona programática. Si el caso es la deserción, hay que tomar en consideración la inversión en tiempo que lleva el detectar a otro promotor voluntario y darle un nuevo adiestramiento. Sin embargo, con todo ello, es necesario determinar algo en este respecto a fin de que el número de localidades carentes de este enlace se minimice.

Dentro de lo que constituye la operación del programa, se mencionan los siguientes puntos:

En cuanto a las pláticas ofrecidas por los brigadistas, en vista de que en ocasiones es ésta la primera fuente de información confiable con que cuentan las mujeres asistentes a las sesiones, sería conveniente que se ampliara y unificara el contenido de las pláticas, pues el proporcionar una información completa sobre el tema de planificación familiar y salud materno-infantil, otorga a la mujer mayor libertad para seleccionar, de acuerdo con el personal capacitado, el método que mejor se adapte a sus condiciones generales como son edad, número de hijos, deseo de más hijos, etc.

De acuerdo a los resultados del estudio, existe una importante inclinación al uso de métodos orales, aún en mujeres de edades avanzadas, cuando a nuestra consideración debían ya optar por un método más definitivo como el DIU o la esterilización.

Como se estudió en la sección anterior, la orientación hacia el uso de los métodos orales y preservativos no se debe únicamente a las pláticas sino también a la existencia de éstos dentro de la localidad. Una forma de ayudar a la utilización de los métodos no proporcionables en la localidad, es, además de promoverlos adecuadamente, en las pláticas ofrecidas,

apoyar las referencias que se hagan a los niveles de atención donde se proveen estos métodos.

Si bien es cierto que en gran parte la importancia del papel desempeñado por el promotor voluntario radica en el conocimiento que tiene de los habitantes de la localidad, también es cierto que para lograr la confianza de la población - y realmente funcionar como enlace entre el programa y ésta, - es necesario que cuente con el adiestramiento básico para la atención de las usuarias, siendo indispensable para los fines de capacitación, señalar a los brigadistas la importancia que reviste el que este personal se encuentre preparado de la mejor manera posible y responsabilizarlos plenamente de esta actividad como un paso prioritario en el desarrollo del programa.

Además de esta capacitación, las actividades del promotor voluntario deben estar completamente apoyadas por una supervisión frecuente en la que se resuelvan problemas fuera de la capacidad de éste como son la provisión de material anticonceptivo, información relativa a dicho material, y sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones, logrando con ello -- que la población y el mismo promotor voluntario adquieran confianza en el programa, evitando con ello las deserciones al mismo.

Finalmente, un elemento radical dentro del programa que sirve como retroalimentación para su desarrollo, es el sistema de información. Este sistema permite hacer evaluaciones en el transcurso de la ejecución del programa, las cuales a su vez proporcionen elementos para hacer las correcciones y modificaciones pertinentes. Esto es más importante cuando se trata de una experiencia nueva, en la que es de esperarse existan mayores dificultades, que en uno del que ya existe algún conocimiento.

Por esta razón, se considera necesario que el sistema proporcione información veraz. Aunque en el proyecto -- aquí estudiado no se detectaron anomalías en cuanto al flujo de la información, los datos obtenidos tienen importantes deficiencias, siendo por ello esencial que se responsabilice y adiestre adecuadamente al personal que la genera, de manera - que esta información pueda cumplir con el objetivo de mostrar un panorama verídico y oportuno del desarrollo del programa.

Por último, esperamos que las herramientas metodológicas, cuestionario, muestreo, etc., utilizadas en este estudio, proporcionen pautas para la realización de otros proyectos en esta materia, ya que uno de los objetivos de esta tesis es la presentación de los elementos utilizados, con el fin de que sirvan como una experiencia para investigaciones futuras.

Instructivo de codificación para usuarias y ex-usuarias

Tarjeta 1

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
-	001	1-2	Número de cuestionario	01 a 99
-	002	3	Número de tarjeta	1
-	003	4-6	Estado-municipio-localidad	Estado: Campeche..... 1 San Luis Potosí..... 2 Morelos..... 3 Hidalgo..... 4 Oaxaca..... 5 Nota: Codifique estado, municipio, localidad en ese orden, de acuerdo a la clave establecida en el muestreo.
-	004	7-12	Fecha de entrevista	Año..... 80 Mes Marzo..... 03 Abril..... 04 Mayo..... 05 Junio..... 06 Día..... 01 al 31
-	005	13-16	Hora de inicio	Hora..... 01 a 24 Minuto..... 01 a 59
-	006	17-20	Hora al finalizar	Hora..... 01 a 24 Minuto..... 01 a 59
-	007	21-22	Duración	01 a 99 Codifique esta información - en minutos.
1	008	23-24	Edad de la entrevistada	10 a 70 años N.R..... 99
2	009	25	Asistencia al IMSS	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9

Tarjeta 1

Nº Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
2	010	26	Asistencia al centro de - salud.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	011	27	Asistencia con encargada- de comunidad.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	012	28	Asistencia a consultorio- rural	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	013	29	Asistencia con partera em- pírica.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	014	30	Asistencia a la S.R.A.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	015	31	Asistencia con el médico- particular.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	016	32	Asistencia al DIF.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	017	33	Asistencia a la SARH.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	018	34	Existencia de servicios.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
2	019	35	Asistencia a otros servi- cios.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9

Tarjeta 1

NR Preg	Variable	Cole	Concepto	Códigos
3	020	36	Asistencia a servicios fuera de la localidad.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
3	021	37	Ubicación de los servicios en el municipio.	Fuera..... 0 Dentro..... 1 N.R..... 9
3	022	38	Institución a la que acude.	S.S.A..... 1 I.M.S.S..... 2 I.S.S.S.T.E..... 3 Médico..... 4 Partera..... 5 Farmacéutico..... 6 Otros..... 7 N.R..... 9
3	023	39	Medio de transporte.	Camión, auto..... 1 Caballo..... 2 Lancha..... 3 Caminando..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
3	024	40-42	Tiempo de transporte.	001 a 720 Nota: Codifique esta información en minutos.
4	025	43	Alguna vez embarazada.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
5	026	44	Embarazada actualmente.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
6	027	45-46	Número de embarazos.	01 a 25 N.R..... 99
7	028	47	Número de abortos:	1 a 8 N.R..... 9
8	029	48-49	Número de hijos nacidos vivos.	01 a 25 N.R..... 99

Tarjeta 1

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
9	030	50-51	Número de hijos actualmente vivos.	01 a 25 N.R..... 99
10	031	52-55	Fecha de nacimiento del último hijo.	Mes Enero..... 01 Febrero..... 02 Marzo..... 03 Abril..... 04 Mayo..... 05 Junio..... 06 Julio..... 07 Agosto..... 08 Septiembre..... 09 Octubre..... 10 Noviembre..... 11 Diciembre..... 12 Año 40 a 80 N.R..... 9999
11	032	56	Deseo de más hijos.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
12	033	57-58	Número de hijos adicionales deseados.	00 a 30 N.R..... 99
12	034	59	Conoce pastillas.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	035	60	Conoce Preservativo	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	036	61	Conoce DIU.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9

Tarjeta 1

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
12	037	62	Conoce esterilización femenina.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	038	63	Conoce vasectomía.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	039	64	Conoce inyecciones.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	040	65	Conoce métodos locales.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
12	041	66	Conoce ritmo, retiro y otros.	No..... 0 Sin ayuda..... 1 Con ayuda..... 2 N.R..... 9
13	042	67	Conoce al promotor	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
14	043	68	Servicios del promotor.	Reparte pastillas y/o preservativos..... 1 Inyecta..... 2 Reparte anticonceptivos.. 3 Códigos 1 y 2..... 4 Códigos 1, 2 y 3..... 5 Otros..... 6 N.R..... 9
15	044	69	Como se enteró de los servicios.	El se lo informó..... 1 Los brigadistas se lo informaron..... 2 Amistades..... 3 Parientes..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9

Tarjeta 1

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
16	045	70	Conoció a los brigadistas.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
17	046	71	Cómo conoció a los brigadistas.	Visitas domiciliarias... 1 Pláticas o reuniones... 2 Proyección de películas.. 3 Otros..... 4 N.R..... 9
18	047	72	Temas tratados por los brigadistas.	Cuidado en el embarazo... 1 Cuidado al niño..... 2 Cómo tomar pastillas.... 3 Uso de métodos anticonceptivos..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
19	048	73	Calidad de la explicación.	Buena..... 1 Regular..... 2 Mala..... 3 N.R..... 9
20	049	74	Deseo de explicación de temas adicionales.	Uso de anticonceptivos.
21	050	75	Conocimiento de otras personas de la S.R.A.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
21	051	76	Cuántas personas visitaron la localidad.	1 a 8 N.R..... 9
22	052	77-78	Tiempo transcurrido desde la última visita	01 a 52 N.R..... 99
				Nota: Codifique esta información en semanas.

Tarjeta 1

NR Preg	Variable	Cole	Concepto	Códigos
23	053	79	Actividades en la comunidad.	Visitas domiciliarias.... 1 Pláticas..... 2 Proyección de películas.. 3 Reparten anticonceptivos. 4 Otros..... 5 N.R..... 9
24	054	80	Calidad de los servicios.	Muy buena..... 1 Buena..... 2 Regular..... 3 Mala..... 4 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
-	055	1-2	Número de cuestionario.	01 al 99
-	056	3	Número de tarjeta.	2
25	057	4	Alguna vez usuaria	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
26	058	5	Usuaría actual.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
26	059	6	Método actual.	Pastillas..... 1 Preservativos..... 2 Inyecciones..... 3 Métodos locales..... 4 DIU..... 5 Esterilización..... 6 Ritmo, retiro y otros.... 7 N.R..... 9
27	060	7	Institución donde le pusie- ron el DIU o la esteriliza- ron.	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Partera empírica..... 3 Médico particular..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
28	061	8	Por qué consiguió en esa - institución.	Es derechohabiente..... 1 Ahi se atiende..... 2 Recomendación..... 3 Por la brigada..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
29	062	9	Número de veces que tuvo - que ir.	1 a 8 N.R..... 9
30	063	10	Problemas con el uso del - DIU o esterilización.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
30	064	11	Tipo de problemas.	Irregularidades en el ciclo..... 1 Dolor de Cabeza, mareos.. 2 Códigos 1 y 2..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
31	065	12-13	Lugar al que acude cuando tiene problemas.	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Encargada de comunidad... 3 Consultorio rural..... 4 Partera..... 5 Brigada S.R.A..... 6 Médico particular..... 7 DIF..... 8 SARH..... 9 Ninguno..... 10 Otros..... 11 N.R..... 99
32	066	14	Por qué no fué al lugar - donde le pusieron el DIU- o la esterilizaron.	No les tiene confianza... 1 Está lejos..... 2 No había quién la atendie ra..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
33	067	15	La citan para revisión	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
34	068	16-17	Cada cuánto tiempo la ci- tan.	01 a 12 N.R..... 99 Nota: Codifique esta infor- mación en meses.
35	069	18	Cuándo empezó a usar el - DIU o se esterilizó, an- tes o después de platicar con los brigadistas.	Antes de platicar con los brigadistas..... 1 Después de platicar con - los brigadistas..... 2 Nunca platicó con ellos.. 3 N.R..... 9

Tarjeta 2

Nº Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
36	070	19	Calidad del servicio en la institución donde le pusieron el DIU o la esterilizaron.	Muy buena..... 1 Buena..... 2 Regular..... 3 Mala..... 4 N.R..... 9
37	071	20	Recomendaciones para mejorar el servicio.	Que hubiera atención continua..... 1 Servicio más cercano..... 2 Otros..... 3 N.R..... 9
38	072	21	Empezó a usar métodos eficientes antes o después de platicar con los brigadistas.	Antes de platicar con ellos 1 Después de platicar con ellos..... 2 Nunca platicó con ellos.... 3 N.R..... 9
39	073	22	Con quién lo conseguía el método.	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Encargada de comunidad..... 3 Consultorio rural..... 4 Médico..... 5 DIF..... 6 Farmacia..... 7 Otros..... 8 N.R..... 9
40	074	23	Con quién consigue actualmente el método.	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Encargada de comunidad..... 3 Consultorio rural..... 4 Médico..... 5 DIF..... 6 Farmacia..... 7 Personal S.R.A..... 8 N.R..... 9
41	075	24	Por qué no lo consigue -- con personal de la S.R.A.	No vienen o no los conoce.. 1 No tienen el método que use 2 Le causa malestar el método 3 Otro..... 4 N.R..... 9

Tarjeta 2

Nº Preg	Variable	Cois	Concepto	Códigos
42	076	25	Siempre tiene el método - cuando lo necesita.	No..... 1 Sí..... 2 N.R..... 9
43	077	26	Ha quedado embarazada usando el método.	No..... 1 Sí..... 2 N.R..... 9
43	078	27	Cuántas veces ha quedado embarazada usando el método.	1 a 3 N.R..... 9
44	079	28	Causa del embarazo usando el método.	Mal uso del método..... 1 Falla del método..... 2 No sabe..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
45	080	29	Problemas de salud por el uso del método.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
45	081	30	Tipo de problemas por el uso del método.	Mareo, dolor, vómito..... 1 Irregularidades en el sangrado..... 2 Otros..... 3 N.R..... 9
46	082	31	Qué hacen las personas de la S.R.A. ante esos problemas.	Dicen que es normal..... 1 Recomiendan otro método.... 2 Le refieren a otro servicio 3 Nunca platicó su problema.. 4 Otros..... 5 N.R..... 9
47	083	32	Método anterior.	Pastillas..... 1 Preservativos..... 2 Inyecciones..... 3 Métodos locales..... 4 DIU..... 5 Esterilización..... 6 Ritmo, retiro y otros..... 7 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
48	084	33	Lugar de obtención del método anterior (DIU)	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Consultorio rural..... 3 Médico..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
49	085	34	Quién la envió a ese lugar.	Ella por ser derechoha--- biente..... 1 Recomendación amiga, pa--- riente..... 2 Brigada S.R.A..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
50	086	35	Cuántas veces tuvo que ir para que le pusieran el DIU	1 a 5 N.R..... 9
51	087	36	Tuvo problemas con el uso del método.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
51	088	37	Tipo de problemas tenidos.	Irregularidades en el san grado..... 1 Mareo, dolor, vómito..... 2 Códigos 1 y 2..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
52	089	38-39	Adonde acudió cuando tuvo estos problemas.	IMSS..... 1 Centro de Salud..... 2 Encargada de comunidad... 3 Consultorio rural..... 4 Partera..... 5 Brigada S.R.A..... 6 Médico..... 7 DIF..... 8 SARH..... 9 Ninguno..... 10 Otros..... 11 N.R..... 99

Tarjeta 2

Nº Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
53	090	40	Por qué no fué al mismo - lugar donde lo obtuvo.	No les tiene confianza... 1 Está lejos..... 2 No la atendía..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
54	091	41	La citaban en la institución donde consiguió el - método.	No..... 1 Sí..... 2 N.R..... 9
55	092	42-43	Cada cuánto tiempo la citaban.	01 a 12 N.R..... 99 Nota: Codifique esta información en meses.
56	093	44	Empezó a usar el DIU antes o después de platicar con los brigadistas.	Antes..... 1 Después..... 2 Nunca platicó con ellos.. 3 N.R..... 9
57	094	45	Causa de deserción del uso del DIU.	Quería embarazarse..... 1 Molestias..... 2 Ya no lo necesita..... 3 Prefirió otro método..... 4 Otros..... 5 N.R..... 9
58	095	46	Calidad del servicio en - la institución donde consiguió el DIU.	Muy bueno..... 1 Bueno..... 2 Regular..... 3 Malo..... 4 N.R..... 9
59	096	47	Recomendaciones para mejorar el servicio.	Que hubiera atención continua..... 1 Servicio más cercano..... 2 Otros..... 3 N.R..... 9
60	097	48	Empezó a usar el método - antes o después de platicar con los brigadistas.	Antes..... 1 Después..... 2 Nunca platicó con ellos.. 3 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cole	Concepto	Códigos
61	098	49	Lugar de obtención del método.	IMSS..... 1 Centro de salud..... 2 Encargada de comunidad... 3 Consultorio rural..... 4 Médico..... 5 DIF..... 6 Farmacia..... 7 Otros..... 8 N.R..... 9
62	099	50	Conseguí alguna vez con el promotor voluntario.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
63	100	51	Siempre tenía el promotor el método cuando lo necesitaba.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
64	101	52	Por que dejó de conseguirlo con el promotor.	No está el promotor..... 1 No tenía el método..... 2 Quería embarazarse..... 3 Ya no los necesita..... 4 Tenía molestias..... 5 Otros..... 6 N.R..... 9
65	102	53	Causa de deserción.	Ya no tenía el método.... 1 Quería embarazarse..... 2 Ya no los necesita..... 3 Le causa molestias..... 4 Prefiere otro método..... 5 Otros..... 6 N.R..... 9
66	103	54	Cambió de método.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
66	104	55	Causa del cambio.	Molestias..... 1 Prefirió otro método..... 2 No tenía el que usaba... 3 Otros..... 4 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
66	105	56	Método al que cambió.	Pastillas..... 1 Preservativo..... 2 Inyecciones..... 3 Métodos locales..... 4 DIU..... 5 Esterilización..... 6 Ritmo, retiro, otros..... 7 N.R..... 9
67	106	57	Tuvo problemas de salud con el uso del método.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
67	107	58	Tipo de problemas.	Irregularidades en el <u>san</u> grado..... 1 Mareo, dolor, vómito.... 2 Códigos 1 y 2..... 3 Otros..... 4 N.R..... 9
68	108	59	Qué hacían las personas - de la S.R.A. ante los <u>pro</u> blemas.	Dicen que es normal..... 1 Recomiendan otro método.. 2 La refieren a otro servi- cio..... 3 Nunca platicó el problema 4 Otros..... 5 N.R..... 9
69	109	60	Calidad de los servicios.	Muy buena..... 1 Buena..... 2 Regular..... 3 Mala..... 4 N.R..... 9
70	110	61	Recomendaciones para mejo- rar el servicio.	Que hubiera atención con- tinua..... 1 Servicio más cercano..... 2 Otros..... 3 N.R..... 9
71	111	62	sabe leer.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9

Tarjeta 2

NO Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
72	112	63	Sabe escribir.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
73	113	64	Asistió a la escuela.	No..... 0 Sí..... 1 N.R..... 9
74	114	65-66	Ultimo año aprobado.	Primero de primaria..... 01 Segundo de primaria..... 02 Tercero de primaria..... 03 Cuarto de primaria..... 04 Quinto de primaria..... 05 Sexto de primaria..... 06 Primero de secundaria... 07 Segundo de secundaria... 08 Tercero de secundaria... 09 Otros..... 10 N.R..... 99
75	115	67	Estado civil.	Casada..... 1 Unión libre..... 2 Separada o divorciada... 3 Viuda..... 4 Soltera..... 5 N.R..... 9
-	116	68	Resultado de la entrevista	Completa..... 1 Incompleta..... 2 No se encontraba..... 3 Ya no vive ahí..... 4 No vive ahí..... 5 Duplicado el nombre..... 6 Se negó..... 7 Otros..... 8
-	117	69	Tamaño de la localidad.	No sabe..... 0 1-500 hab..... 1 501 a 1000 hab..... 2 1001 a 1500 hab..... 3 1501 a 2000 hab..... 4 2001 o más hab..... 5

Tarjeta 2

Nº Preg	Variable	Cols	Concepto	Códigos
-	118	70-75	Factores de expansión.	Codifique el factor correspondiente a cada localidad de -- acuerdo a la lista proporcionada, ubicando el punto decimal en la columna 73.

Indice de cuadros

Pág.

II.1	Localidades y número de usuarias y ex-usuarias en muestra.	35
III.1	Número de entrevistas realizadas y periodo de levantamiento por estado.	44
IV.1	Distribución porcentual de las entrevistadas por grupos quinquenales de edad.	49
IV.2	Distribución porcentual de las entrevistadas según su estado civil.	52
IV.3	Distribución porcentual de las entrevistadas según distintos niveles de escolaridad y grupos quinquenales.	54
IV.4	Cuadro comparativo del promedio de embarazos y su resultado.	57
IV.5	Distribución porcentual del número de hijos nacidos vivos por edad de la entrevistada en grupos quinquenales.	59
IV.6	Distribución porcentual y total de usuarias activas por método.	62
IV.7	Valores observados y estimados de las tasas de continuidad en el primer segmento de uso.	65
IV.8	Distribución porcentual de la no respuesta por causa.	70
IV.9	Distribución porcentual de la condición de uso de anticonceptivos de las entrevistadas.	73
IV.10	Distribución porcentual del tamaño de la localidad de residencia.	76
IV.11	Distribución porcentual del número de instituciones de salud dentro de la localidad por tamaño de la localidad de residencia.	78
IV.12	Distribución porcentual de las instituciones de salud a las que las entrevistadas tienen acceso dentro de la localidad.	78

	Pág.	
IV.13	Distribución porcentual del medio utilizado para asistir a alguna institución de salud fuera de la localidad de residencia.	82
IV.14	Distribución porcentual del tiempo de recorrido para asistir a un centro de salud fuera de la localidad por medio de transporte.	84
IV.15	Distribución porcentual de los medios de salud a los que asisten las entrevistadas fuera de su localidad de residencia.	86
IV.16	Distribución porcentual de la forma en que se proporcionó información a las entrevistadas.	89
IV.17	Distribución porcentual de los temas tratados -- por los brigadistas.	91
IV.18	Distribución porcentual de los temas tratados -- por los brigadistas según la calidad en la exposición.	93
IV.19	Distribución porcentual de los temas tratados -- por los brigadistas según los temas adicionales deseados.	96
IV.20	Número total y promedio de métodos conocidos por las entrevistadas según la asistencia a las pláticas ofrecidas.	98
IV.21	Distribución porcentual de las entrevistadas según el uso de los servicios del programa.	100
IV.22	Distribución porcentual de las mujeres alguna vez usuarias según el último método utilizado.	102
IV.23	Distribución porcentual del último método utilizado según grupos quinquenales de edad.	104
IV.24	Distribución porcentual de la existencia de anticonceptivos en la localidad.	106
IV.25	Distribución porcentual de las causas de deserción de las ex-usuarias.	108
IV.26	Distribución porcentual del tiempo transcurrido desde la última visita a la localidad.	110
IV.27	Distribución porcentual de las usuarias según la existencia y adiestramiento del promotor voluntario que le correspondía.	112

Bibliografía

- 1.- Alba, Francisco
"La Población de México: Evolución y Dilemas"
El Colegio de México. México 1977.
- 2.- Aparicio, J. Ricardo
"Análisis del Uso-Efectividad de los Métodos Anticonceptivos"
Tesis. México, 1982.
- 3.- Castellanos, R. Jorge
"Situaciones de cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria"
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Junio de 1977.
- 4.- Cochran, G. William
"Técnicas de Muestreo"
Ed. C.E.C.S.A. México, 1976.
- 5.- Consejo Nacional de Población
"México Demográfico: Breviario 1980-1981"
México, 1982.
- 6.- Consejo Nacional de Población
"Política Demográfica Regional. Objetivos y Metas 1978-1982"
México, 1979.
- 7.- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar
"Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos.
Resultados Nacionales"
México, 1979.
- 8.- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar
"Manual de Métodos de Planificación Familiar"
Ed. Intersistemas, México.
- 9.- Durand, D. John
"Historical Estimates of World Population: An Evaluation"
University of Pennsylvania. Population Studies
Center, 1974.

- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social
"La Revolución Demográfica en México 1970-1980"
México, 1982.
- 11.- Kish, Leslie
"Muestreo de Encuestas"
Ed. Trillas, México, 1975
- 12.- Naciones Unidas
"Monthly Bulletin of Statistics" No. 30
New York, Sept. 1976
- 13.- Ohlin, Göran
"Historical Outline of World Population Growth
1965.
- 14.- Palma, C. Yolanda
"Efectos de los Programas de Planificación Familiar sobre la Fecundidad : Un Modelo Estocástico"
Asociación Mexicana de Población, A.C.
México, 1980.
- 15.- Pressat, Roland
"Introducción a la Demografía"
Ed. Ariel. México, 1977.
- 16.- Pressat, Roland
"El Análisis Demográfico. Métodos, Resultados, Aplicaciones"
Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
- 17.- Rossi, Peter y Wright, Sonia
"Evaluation Research: An Assessment of Theory, Practice and Politics"
Evaluation Quarterly, Vol. I, No. 1, Febrero, 1977.
- 18.- Secretaría de Gobernación
"Ley General de Población"
Publicado en el Diario Oficial de la Federación
México, 7 de Enero de 1974.
- 19.- Secretaría de Industria y Comercio
Dirección General de Estadística
"Censo General de Población 1960"
México, 1965.

- 20.- Secretaría de Programación y Presupuesto
Coordinación del Sistema Nacional de Información
"Agenda Estadística 1977"
México, 1978.

- 21.- Secretaría de Salubridad y Asistencia
Consejo Nacional de Población
"La Planificación Familiar en México"
México, 1982.

- 22.- Suchman, A. Edward
"Evaluative Research. Principles and Practice in Public Service and
Social Action Programs"
Rosell-Sage Foundation. New York, 1967.