

*Evaluación de la
Campaña Institucional
“Nueva Imagen de
PROFAMILIA”, Nicaragua*

Financiado por:

PROFAMILIA de Nicaragua y Proyecto USAID

Presentada por:

María Erlinda Sandino Madrigal
Licenciada en Psicología,
Universidad Centroamericana,
Managua, Nicaragua

Tutora:

Dra. Eiliana Montero
Egresada de la Carrera de Estadística,
Universidad de Costa Rica
Ph.D. Investigación Educativa con énfasis en
Medición y Evaluación,
Universidad Estatal de Florida, EUA, 1993.

Asesora:

María Elena Figueroa
Ph.D. Escuela de Salud Pública,
Universidad de Johns Hopkins (UJH), EUA.
Oficial Senior de Investigación y Evaluación en el
Centro de Programas de Comunicación de la UJH

Lectores:

Mario Chen Mok
Egresado de la Carrera de Estadística,
Universidad de Costa Rica
Ph. D. en Bioestadística,
Universidad de Carolina del Norte,

Juan Bautista Chavarría
Msc. en Biomatemáticas,
Universidad de Washington

San José, Costa Rica
Junio 06, 2000

ORGANIGRAMA /1



/1: Para la delimitación de Centros Regionales.

Í N D I C E

	Página No.
Resumen Ejecutivo	1
Introducción	2
I. Justificación	4
II. Objetivos	6
III. Marco Teórico	7
IV. Metodología	17
V. Resultados	23
VI. Discusión	37
VII. Conclusiones y Recomendaciones	40
VIII. Bibliografía	42
Anexos	

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe titulado *Evaluación del Impacto de la Campaña Institucional “Nueva Imagen de PROFAMILIA – Nicaragua”*, tiene por objetivo valorar el grado de cumplimiento y el alcance de esta Campaña impulsada por la **Dirección de Mercadeo y Comunicación Social (DIMECOSA)** en 1999.

Las razones que justifican este estudio se basan en el interés de los ejecutores y financiadores en conocer el efecto de la Campaña y tener una información base el lanzamiento de una segunda campaña publicitaria.

En la sección metodológica se define el procedimiento aplicado en este trabajo, que se basa en los resultados, análisis y discusión de los resultados de una Encuesta aplicada a una muestra de 1,200 pobladores a nivel nacional (excepto la Costa Atlántica y Río San Juan).

Los principales hallazgos se basan en el análisis de un Modelo de Regresión Multivariado, que ha permitido encontrar la asociación que existe entre los Niveles de Exposición a la Campaña y el Conocimiento que tiene los entrevistados sobre la imagen de PROFAMILIA y sus servicios.

Las conclusiones se centran en la definición del perfil de las personas que tienen un menor y mayor conocimiento sobre la Campaña de PROFAMILIA, así como en los factores asociados al índice de Conocimiento. En las recomendaciones se sugiere a PROFAMILIA, implementar estrategias de mercadeo social que permitan mantener la lealtad de los usuarios de los servicios y atraer a nuevos clientes.

INTRODUCCIÓN

En 1973, surgió la *Asociación Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) de Nicaragua*, cuya misión inicial era brindar servicios médicos y educativos de atención primaria en salud, con énfasis en la salud reproductiva de la mujer.

En 1992, PROFAMILIA inició con financiamiento de USAID en Nicaragua el Proyecto de "*Expansión y Regionalización de los servicios*", con el cual pudo extender los servicios hacia ocho regiones del país y contar con nueve centros regionales en: Managua, Masaya, Chinandega, Rivas, Boaco, Chontales, Matagalpa, Jinotega y Nueva Segovia. PROFAMILIA se ha caracterizado por más de 25 años, como una institución dedicada no sólo a la promoción de los servicios de planificación familiar, sino que tuvo a su cargo la tarea de impulsar y desarrollar programas de atención integral y en salud reproductiva.

En 1998, PROFAMILIA presentó a la misión de USAID el Proyecto de Diversificación, Autosostenibilidad y Mercadeo Social, cuyo fin perseguía ampliar la oferta de servicios que PROFAMILIA con una mayor cobertura y obtener mayores recursos económicos sobre sus operaciones. Pese a las políticas y acciones implementadas en ese año, aún persistían algunos elementos obstaculizadores de la labor de PROFAMILIA, como: la percepción de que PROFAMILIA es una institución del Estado que ofrece servicios gratuitos. En valoraciones obtenida en grupos focales, se encontró el desconocimiento de que existe sobre los nuevos servicios ofertados. La mayor parte de los entrevistados tenían la idea que PROFAMILIA ofrece solamente servicios gratuitos de planificación familiar y esterilización dirigido a las mujeres y que se dedica a la práctica de abortos.

A partir de estas problemáticas, PROFAMILIA impulsó el lanzamiento de una campaña publicitaria denominada *Campaña Institucional "Nueva Imagen" de PROFAMILIA*, de Mayo a Diciembre de 1999, con el fin de promover la nueva imagen de la institución y brindar información sobre los beneficios o ventajas de los servicios que se brindan a hombres, mujeres, adolescentes y niños.

Finalizada este proceso, surgió el interés por parte de los ejecutores y financiadores, en conocer los resultados de esta campaña, y para ello, se brindó la oportunidad a una pasante del Programa de la *Maestría de Población que desarrolla la Universidad de Costa Rica*, para realizar la evaluación sobre la Campaña Institucional.

El presente informe titulado *Evaluación del Impacto de la Campaña Institucional "Nueva Imagen de PROFAMILIA"*, tiene por objetivo valorar el grado de cumplimiento de la Campaña Institucional de PROFAMILIA impulsada por la **Dirección de Mercadeo y Comunicación Social (DIMECOSA)** en 1999, sobre la base de un análisis y discusión de los resultados de la Encuesta a Pobladores sobre la Campaña de PROFAMILIA, realizada en Febrero del 2000.

Este informe está organizado de acuerdo con los elementos definidos para un plan de evaluación y los propósitos del estudio.

En el *primer capítulo*, se presentan las razones que justifican la Campaña y el planteamiento de las interrogantes a las cuales se pretende dar respuesta en esta evaluación. Seguidamente, se definen los objetivos generales y específicos de esta evaluación.

En el *tercer capítulo*, se encuentra el referente teórico que sustenta la evaluación y tiene tres componentes: 1) El por qué de una Evaluación de Impacto; 2) Antecedentes del país y de PROFAMILIA y 3) Misión y Objetivos de PROFAMILIA y 4) Perfil de la Campaña Institucional.

En el *cuarto capítulo de metodología*, se describe el tipo de estudio, construcción y validación del cuestionario, el diseño muestral para el levantamiento de la encuesta, los procedimientos de recolección y procesamiento de datos y la estrategia de análisis que sirve de base para este trabajo.

En el *quinto capítulo*, se muestran los resultados del estudio para los tres principales componentes: 1) Características Socio-Demográficas, 2) Niveles de Exposición de los pobladores a la Campaña y 3) Conocimiento de los Entrevistados sobre los contenidos de la Campaña en términos de la imagen de PROFAMILIA y sus servicios.

El *sexto capítulo*, contiene el análisis y la discusión de los principales hallazgos del estudio confrontados con el entorno de PROFAMILIA, el contexto del país y algunos aspectos teóricos.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones que se derivan de la evaluación de la Campaña, bibliografía utilizada y en anexos, algunos elementos que brindan mayor detalle sobre el estudio, cuadros, gráficas, entre otros.

I. JUSTIFICACIÓN

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia, PROFAMILIA, Organización No Gubernamental dedicada a promover la salud y la investigación, realizó el período comprendido de Mayo a Diciembre de 1999, una campaña publicitaria dirigida a toda la población nicaragüense, mujeres, hombres, niños y adolescentes, con el fin de proyectar la nueva imagen de la institución y los servicios y productos de salud que brinda la institución.

Las razones que justificaron la realización de esta Campaña publicitaria a cargo de la Dirección de Mercadeo y Comunicación Social (DIMECOSA) de PROFAMILIA, se basan en los resultados de un estudio cualitativo, donde se aplicaron dos grupos focales, uno en Managua y otro en Chinandega (PROFAMILIA/DIMECOSA, 1999). Los elementos que sustentaron el lanzamiento de esta Campaña Institucional fueron:

a) Elementos relacionados a segmentos, servicios y productos.

- La población participante piensa que los servicios de PROFAMILIA están dirigidos solamente a mujeres e ignoran que existen servicios que se ofrecen a los hombres, adolescentes y a los niños.
- Esta población piensa que PROFAMILIA ofrece solamente servicios de planificación familiar, unos piensan que PROFAMILIA es la esterilización de la mujer y otros piensan que se dedica a la práctica de abortos.
- Los participantes concluyen que: *“Una gran parte de la población piensa que los servicios de PROFAMILIA son ofertados gratuitamente”*.
- La mayoría de los participantes no sabe que PROFAMILIA empezó en 1999, a ofertar medicamentos esenciales disponibles a la venta y a prestar los servicios de partos sin riesgos, servicios de laboratorio y los servicios de detección y prevención del cáncer de próstata.

b) Elementos relacionados a la imagen de PROFAMILIA

- Los participantes piensan que PROFAMILIA es un organismo del gobierno.
- Muchas de estas personas comentan que el logotipo de PROFAMILIA en su forma anterior, tenía elementos que lo hacían difícil de entender, le faltaban colores llamativos, y por los colores azul y blanco, asociaban a la institución con el gobierno.

c) A nivel de la PROFAMILIA

- Existía la necesidad de estandarizar la imagen institucional y de promover los servicios y productos que se ofrecen de PROFAMILIA. Entre los Centros Regionales no existía uniformidad en el manejo de algunos elementos que identificaban a la institución.

Una vez finalizada la Campaña, PROFAMILIA está interesada en conocer el alcance de la misma y en valorar el nivel de cumplimiento de los objetivos de dicha campaña.

Para ello, se propuso realizar una evaluación que permitiera obtener información acerca del grado de conocimiento que tienen los pobladores sobre PROFAMILIA como institución y los servicios que brinda, identificar qué factores se encuentran asociados al conocimiento de los contenidos de la Campaña y establecer evidencias de éxito de la campaña.

Un primer proceso, contempló el diseño de la evaluación, el planeamiento del estudio y el la recolección de datos mediante la aplicación de una encuesta dirigida a una muestra de 1200 Pobladores de 21 a 50 años, a nivel nacional, cuyo trabajo fue realizado como parte de una Pasantía de dos meses, del 03 de Enero al 29 de Febrero del 2000.

Del proceso anterior se deriva el procesamiento, revisión, análisis y discusión de los resultados obtenidos en la encuesta a Pobladores, con el fin de proporcionar información sobre los efectos de la Campaña Institucional de PROFAMILIA.

Con esta evaluación se ha pretendido dar respuesta a algunas interrogantes:

1. ¿En qué nivel estuvieron expuestos los pobladores a la Campaña de PROFAMILIA?
2. ¿Cuáles fueron los principales medios por los cuales se informaron los pobladores sobre la campaña?
3. ¿Qué factores se encuentran asociados al Conocimiento de los entrevistados sobre PROFAMILIA como institución privada, que brinda sus servicios a hombres, mujeres, niños y adolescentes?
4. ¿Qué alcance ha tenido la campaña con respecto a los niveles de exposición y las características de los entrevistados?

Los resultados obtenidos en este estudio servirán de base para retroalimentar el Programa de la Campaña de PROFAMILIA y para la toma de decisiones por parte de los ejecutores y financiadores.

II. OBJETIVOS

General:

- Valorar el grado de cumplimiento y alcance de la Campaña Institucional de PROFAMILIA-Nicaragua 1999, a través del análisis de la Encuesta Nacional a Pobladores de 21 a 50 años realizada en Febrero del 2000.

Específicos:

1. Realizar una descripción Socio-Demográfica de la población entrevistada.
2. Estimar los niveles de exposición de los pobladores a la Campaña Institucional de PROFAMILIA.
3. Identificar medios de comunicación por los que se informaron los entrevistados sobre la Campaña según los diversos estratos de la población.
4. Comparar el grado de conocimiento de los entrevistados sobre los contenidos de la Campaña, de acuerdo a los niveles de exposición.
5. Determinar algunos otros factores asociados al conocimiento de la imagen de PROFAMILIA y los servicios que brinda.
6. Realizar un análisis descriptivo sobre el comportamiento del uso de los servicios de PROFAMILIA por parte de los entrevistados.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. La Evaluación de Programas

Algunos autores apuntan que en la evaluación de programas se evalúan los efectos netos del mismo, y este tipo de evaluación es considerada como un análisis los resultados.

Un concepto más amplio y reciente es el de Rossi y Freeman (1989), quienes hicieron grandes aportes al referirse a la Evaluación de Programas como: *“La aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización y diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social”* (Citado por Sandino M., 1995, p. 14).

Dado que la evaluación se extiende a diversas áreas: social, educativa, salud, entre otras, existe una diversidad de en la tipología de la evaluación. En este sentido, sobresalen los siguientes:

i) Según los fines que se pretenden producir.

- Evaluación Formativa - Evaluación Sumativa
- Evaluación Descriptiva - Analítica
- Evaluación Interna – Externa
- Evaluación Formativa

ii) Según los procedimientos.

- Evaluación de la Implementación o Monitoreo
- Evaluación de Resultados
- Evaluación de Seguimiento
- Evaluación de Impacto

Para el presente estudio, se definirán tanto la evaluación de resultados, la evaluación de impacto y en qué consiste la teoría del programa.

- **Evaluación de los resultados:** considerada como la evaluación en sí de un programa. Se sustenta en la verificación de los resultados obtenidos y los efectos deseados, tras la implantación del mismo y pretende comprobar hasta qué punto los objetivos que se había propuesto alcanzar el programa han sido cubiertos. Esto significa, valorar la eficacia del programa.
- **Evaluación de Impacto:** consiste en un estudio evaluativo que responde a las interrogantes sobre los resultados de un programa, en términos del análisis de los efectos esperados (Rossi, P., Freeman, H. y Lipsey, M., 1999).
- **Teoría del Programa:** Es el conjunto de supuestos sobre la forma en que se relacionan los beneficios que se espera que produzca el programa de intervención y las estrategias y tácticas adoptadas para el logro de las metas y objetivos.

3.2. Contextualización del País

Nicaragua, cuenta según datos del último *Censo Nacional de Población y Vivienda* (1995) con una población de 4,1 millones de habitantes y según datos del *Population Reference Bureau* una estimación de 5,0 millones de habitantes (1999). Tiene una superficie de 130 mil kilómetros cuadrados y una densidad de población de 35.9 habitantes por kilómetros cuadrado. Su población se encuentra distribuida principalmente en el área urbana, con un 54.4 por ciento y una concentración del 45.6 por ciento en el área rural. El porcentaje de urbanización para 1999 es de 63,0 por ciento (INEC, 1995).

En su dinámica poblacional, Nicaragua muestra un ritmo de crecimiento natural de 3,2 por ciento y un tiempo de duplicación de 22 años al ritmo de crecimiento actual. En la pirámide de población aún conserva una estructura joven, más del 60 por ciento de la población nicaragüense son menores de 29 años, el 44 por ciento son menores de 15 años. Dos de cada cinco nicaragüenses son menores de 15 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998). También, se registra una baja esperanza de vida al nacer total de 66 años (después de Guatemala, 65 años) y una de las tasas de fecundidad más alta en Centroamérica, con una tasa global de fecundidad (TGF) de 3.9 hijos por mujer, seguido de Guatemala (5,1) y Honduras (4,4). La tasa de embarazo en la adolescencia es de 27, las más alta de Centroamérica, nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.

La principal actividad económica del país se centra en el sector agropecuario, con un 31.0 por ciento. A partir de los años noventa se implementaron una serie de políticas de estabilización económica y ajuste estructural para lograr la detención de la hiperinflación y la reducción del déficit fiscal. Estas políticas tuvieron severas consecuencias para los nicaragüenses a nivel de los beneficios sociales, el aumento de los niveles de desempleo y de la pobreza. Un estudio sobre la pobreza revela que el 74.8 por ciento de los hogares nicaragüenses se encuentran en situación de pobreza y el 43.6 por ciento de ellos, en estado de pobreza extrema. Las condiciones de vida en el país presentan grandes diferencias, los hogares más afectados provenientes de las zonas rurales (Ministerio de Acción Social, 1996).

En el ámbito de la educación, el país tiene la tasa más alta de población en edad escolar (44,0%) y el 68 por ciento de la población económicamente activa menor de 25 años carece de instrucción formal o sólo alcanzan algún grado del nivel de escolaridad primaria. De acuerdo con los registros del Ministerio de Educación (MED, 1995) el país registraba en ese año una tasa neta de escolarización de educación preescolar de 17.2 por ciento, con un 75.2 por ciento en la educación primaria y un 27.3 por ciento en la educación secundaria. Uno de los avances obtenidos en este campo es el fortalecimiento de la transformación curricular y la inversión en textos escolares y material didáctico para la enseñanza primaria, y el proceso de descentralización educativa con la autonomía de los centros educativos.

En la salud, la tasa de mortalidad infantil de 40 por mil nacidos vivos ha descendido con respecto a las tasas para el período entre 1982 y 1992, que fue de 60 por mil nacidos vivos (FNUAP, 1998). En comparación con otros países de América Latina esta tasa continúa siendo alta.

Las principales causas relacionadas con la mortalidad infantil son las enfermedades diarreicas, respiratorias y las afecciones que se originan en el período perinatal. Uno de los logros más importantes en la salud fue la erradicación de la poliomielitis desde 1982.

3.3. Antecedentes de la Institución

PROFAMILIA, es una institución de carácter social privada y sin fines de lucro, que fue fundada en el año 1970 bajo el nombre de Asociación Demográfica Nicaragüense.

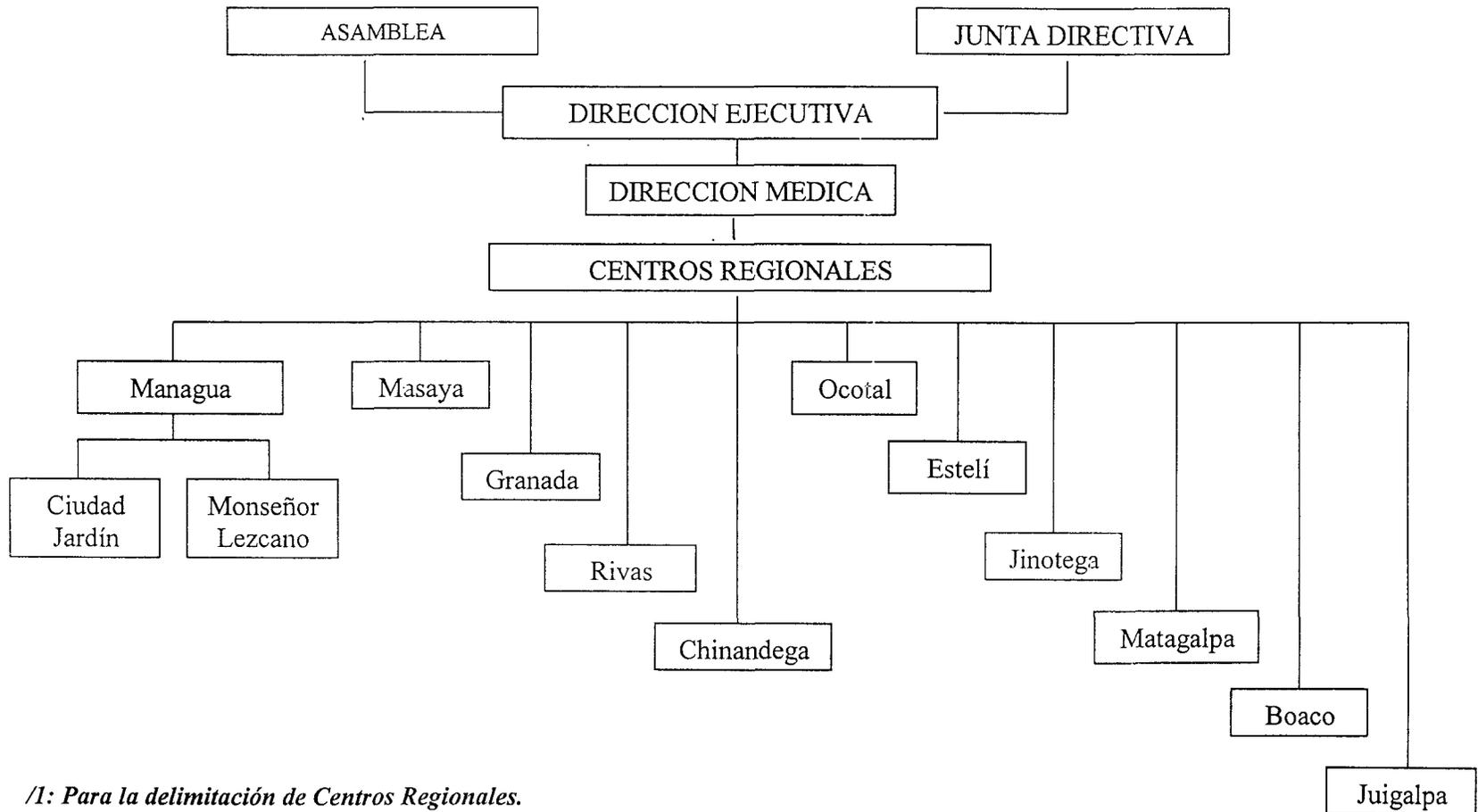
Inicialmente, tenía como fin analizar el impacto de la variable poblacional en el desarrollo del país y ofrecer a las familias nicaragüenses alternativas modernas de planificación familiar. Luego, cambió su nombre y amplió su misión para convertirse en una institución pionera en la planificación familiar en Nicaragua.

En 1973, se dio la apertura de su primera clínica en Managua y a lo largo de 26 años se ha transformado en lo que se constituye actualmente, en una Organización No Gubernamental nacional con mayor cobertura y experiencia en el área de la planificación familiar, afiliada a la IPPF (International Planned Parenthood Federation) y con asistencia técnica y apoyo financiero de otros organismos donantes. PROFAMILIA empezó a operar con una Clínica Modelo, la Clínica de Monseñor Lezcano, financiada por la IPPF y otras cinco clínicas financiadas por la Pathfinder Fund, ubicadas en diversos sectores populares de la Capital. En 1989, se dio apertura del Centro Clínico de Altamira en Managua y no fue hasta 1992, que se inicia el primer proyecto que contó con el financiamiento de USAID, para la expansión de los servicios de PROFAMILIA.

En 1992, PROFAMILIA inició con financiamiento de USAID en Nicaragua el Proyecto de *“Expansión y Regionalización de los servicios”*, con el fin de extender los servicios hacia ocho regiones del país fuera de la capital, y dar apertura a otros centros regionales en: Managua, Masaya, Chinandega, Rivas, Boaco, Chontales, Matagalpa, Jinotega y Nueva Segovia. De igual manera, se logró expandir una red de 742 promotores y 305 distribuidores comunitarios diseminados en las zonas Norte, Central y Pacífica del país.

En la actualidad, PROFAMILIA cuenta con oficinas Centrales en la Ciudad Metropolitana (Capital) y 12 Centros Regionales (Ver Organigrama): dos Managua (Ciudad Jardín y Monseñor Lezcano), en el Occidente (Chinandega), en la región Norte y Central (Ocotal, Estelí, Jinotega, Matagalpa, Boaco, Juigalpa) y en el Oriente y Sur del país (Masaya, Granada y Rivas). Cada centro regional comprende el centro clínico mismo, con un Director de Centro Regional, el personal administrativo y el personal médico y de servicio a los clientes. Los centros regionales se encuentra ubicados en la cabecera departamental de cada departamento. También existe una red de Distribuidores Comunitarios de Anticonceptivos (DCA), conformada por personal voluntario, que se encargan de distribuir métodos que no requieren de una orientación profesional y refieren a las clínicas a las personas de la comunidad que demanden los servicios de PROFAMILIA.

ORGANIGRAMA /1



/1: Para la delimitación de Centros Regionales.

3.4. Misión y Objetivos de PROFAMILIA

Antes de haber iniciado el proyecto de expansión y regionalización, la misión y objetivo general de PROFAMILIA expresaban lo siguiente:

- **Misión de PROFAMILIA: Antes.**

“PROFAMILIA es una asociación privada de carácter nacional que tiene como misión promover el conocimiento y práctica de la salud reproductiva y planificación familiar como un derecho fundamental de todos” (PROFAMILIA/USAID, 1998 p.18).

- **Objetivo General: Antes.**

“Armonizar el crecimiento de la población de Nicaragua con su desarrollo socio-económico, ampliando y fortaleciendo la entrega de servicios de Planificación Familiar en el país” (PROFAMILIA/USAID, 1998 p.18). En respuesta a las recomendaciones derivadas de la Cuarta Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y de una Revisión de Medio-término, PROFAMILIA redefinió su misión e inició un proceso de reestructuración interna con un nuevo plan estratégico:

- **Nueva Misión y Objetivos de PROFAMILIA:**

PROFAMILIA se proyecta como Misión fundamental : *“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias nicaragüenses a través de la oferta de servicios médicos y educativos de salud sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar”*. El nuevo perfil de PROFAMILIA suponía una ampliación en el área de la salud reproductiva, a fin de brindar una mayor cobertura de servicios a las familias nicaragüenses y extenderlos hacia nuevos usuarios. A partir de los acuerdos de la CIPD en 1995, la institución redefinió tanto sus objetivos como sus resultados:

- **Objetivos Generales: Actualmente.**

1. Contribuir a la reducción de la tasa de crecimiento poblacional y de la tasa global de fecundidad (TGF) en Nicaragua promoviendo la práctica de la Planificación Familiar especialmente en sectores pobres y de bajo nivel educativo de las zonas rurales y urbano-marginales, enfatizando en la prevención del embarazo, temprano, tardío, muy seguido y en multiparas, y promoviendo las ventajas que tienen las familias más pequeñas.
2. Contribuir a la formación de familias más sanas, ofreciendo a la población nicaragüenses, especialmente, de los sectores pobres y marginados, servicios de salud reproductiva accesibles y de buena calidad, con prioridad la atención pre y post natal a las madres, atención médica especializada para niños, orientación y consejería a los adolescentes, atención al hombre, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo VIH/SIDA y prevención del cáncer cérvico-uterino y de mamas.

- **Resultados Intermedios:**

Para lograr los objetivos antes descritos, se elaboró un Plan Estratégico formulado con base a una metodología de Paquete de Resultados, que se propone alcanzar los siguientes resultados intermedios:

1. Aumentar el reconocimiento de los derechos a la Planificación Familiar y a la Salud Sexual y Reproductiva en la población meta y posicionar a PROFAMILIA como institución líder en este campo.
2. Incrementar el uso de métodos anticonceptivos temporales en personas menores de 35 años.
3. Ampliar la oferta de servicios de Salud Reproductiva que ofrece PROFAMILIA en sus Centros Regionales.
4. Incrementar el acceso a métodos de planificación familiar y servicios de salud reproductiva en la población pobre y de bajo nivel educativo del área rural y urbano-marginal.
5. Incrementar el número de adolescentes y jóvenes que reciben información y servicios de Educación Sexual y Reproductiva en PROFAMILIA.
6. Mejorar la capacidad gerencial de la institución en el manejo técnico y administrativo de Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

- **Población Meta, Servicios y Productos:**

PROFAMILIA define una población objetivo compuesta por Hombres, Mujeres, Niños, Adolescentes y Jóvenes, como nuevos receptores de sus servicios y productos. Desde su fundación, PROFAMILIA ha brindado atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el crecimiento de sus niños, como parte del compromiso que tiene con el desarrollo integral de la mujer nicaragüense.

Recientemente, se ofrecen la prevención y detección del cáncer de mamas y de útero, por ser ésta problemática una de las primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres y apoya los esfuerzos de las instituciones gubernamentales de reducir los embarazos no deseados en las adolescentes y jóvenes, dado el alto riesgo que representa el embarazo en esta etapa. También, se propone cuidar de la salud de las familias nicaragüenses.

A partir de 1999, PROFAMILIA comienza a ofrecer una amplia gama de servicios de atención a mujeres, hombres, niños, adolescentes y jóvenes (Ver Anexo No. 1), con una labor de educación, orientación y capacitación, con la formación de los clubes juveniles en todo el país, con el fin de ofrecer las herramientas de desarrollo integral a la juventud nicaragüense.

3.5. Perfil de Campaña Institucional Nueva Imagen de PROFAMILIA

En 1998, se creó la **Dirección de Mercadeo y Comunicación Social (DIMECOSA)**, con el fin de realizar acciones de *mercadeo social* que contribuyeran a mejorar la salud de las familias nicaragüenses, mediante investigaciones y validaciones sobre mensajes dirigidos a la población, actividades de cabildeo y de capacitación a grupos de interés y la reproducción de material educativo y promocional, con cuñas radiales y spots televisivos. Se entiende por *mercadeo social* como: “*El diseño, ejecución y el control de programas proyectado para persuadir en la aceptación de una idea social...*” (Kotler, P. Y Zaltman, G., 1972). El impacto del mercadeo social puede ser medido en términos de sus efectos sobre los conocimientos y actividades públicas hacia un determinado producto.

Las actividades del '98 estuvieron encaminadas a lograr la nueva imagen y proyección de PROFAMILIA, como una institución que ofrece amplios servicios de salud dirigidos a la promoción de la salud y el bienestar de la familia nicaragüense. Se trabajó en la capacitación y fortalecimiento de la Red de Promotores Comunitarios, la producción de materiales educativos y la redefinición del perfil de las Promotoras Comunitarias que se desplazan en los sitios definidos en cada Centro Regional.

Estas estrategias sirvieron de base para el lanzamiento de la Campaña Institucional “*Nueva Imagen de PROFAMILIA*”, desarrollada de Mayo a Diciembre de 1999, con el fin de promover los beneficios o ventajas comunes de todos los servicios de PROFAMILIA, bajo el slogan “*Somos Especialistas*” y la frase “*Más Soluciones en un solo lugar*”. Al respecto, el mercadeo social supone la segmentación de la población en grupos específicos según el producto (Population Report, 1986). Los ejes principales de esta Campaña fueron:

- Promover la nueva imagen de PROFAMILIA
- Dar a conocer los Productos y Servicios para Hombres, Mujeres, Niños y Adolescentes.
- Incrementar el uso de los Servicios y Productos de PROFAMILIA.

De estos ejes se derivan los **Objetivos Específicos** de la Campaña Institucional:

1. Posicionar a PROFAMILIA como institución que ofrece una amplia gama de productos y servicios de salud de alta calidad a bajo costo para hombres, mujeres, niños y adolescentes.
2. Promover los productos y servicios que ofrece PROFAMILIA a hombres, mujeres, niños y adolescentes.
3. Incrementar el uso de los productos y servicios de atención a la mujer, al niño, al hombre y al adolescente.

La evaluación de la Campaña se centrará básicamente en valorar el cumplimiento y alcance del primer y segundo objetivo, en cuanto al conocimiento de los pobladores sobre PROFAMILIA, sus servicios y productos. Con respecto al tercer objetivo, únicamente se valorará el comportamiento de los servicios médicos brindados antes, durante y después de la campaña.

- **Población Meta**

La Campaña estuvo dirigida a la población de Hombres, Mujeres, Niños, Adolescentes y otros sectores de la Sociedad Civil que generan opinión pública en el país. El plan de acción de esta campaña en síntesis tuvo un contenido (Anexo No. 2):

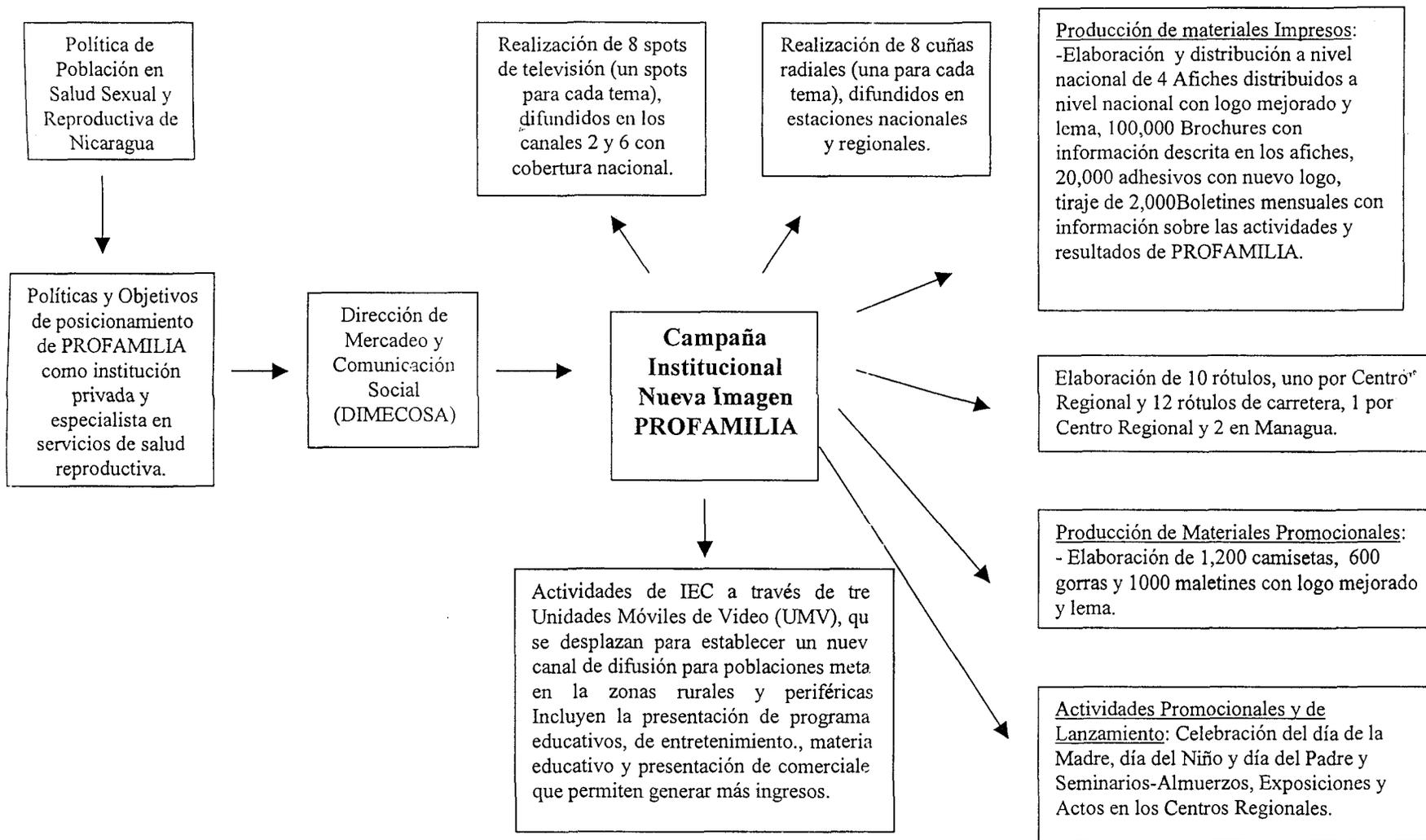
- *Informativo*: Para dar a conocer los servicios y productos de PROFAMILIA.
- *Educativo*: Para dar a conocer los beneficios de los servicios y productos.
- *Humano*: Con tono comunicativo, positivo y calidez.

Se desarrollaron temas para cada segmento de hombres, mujeres, niños y adolescentes, a nivel de la Imagen y (nuevo logotipo y lema) y a nivel Servicios. Generalmente, en toda campaña promocional existe el uso permanente de un lema, frases, colores característicos, fotografías, afiches y mensajes breves, para fijar en la mente del consumidor la imagen del producto (Manoff, R. K., 1973). Los resultados que se esperaban obtener de la Campaña Institucional son:

1. Que los pobladores reconozcan que PROFAMILIA es una institución independiente del Estado y es especialista en brindar productos y servicios de salud, de calidad y a bajo costo, para hombres, mujeres, niños y adolescentes. Según la Dirección de Mercado y Comunicación Social, se tenía la expectativa que al menos un 50% de los pobladores hayan estado expuestos y reconocieran los contenidos de la Campaña.
2. Que acudan a PROFAMILIA tanto hombres, mujeres, niños y adolescentes en busca de los productos y servicios de salud de calidad y bajo costo.

Durante la promoción de la Campaña se utilizaron diversos medios de difusión: pautas de transmisión radial con cobertura nacional, Spots televisivos (anuncios) y otros medios (vallas de carretera, mantas e impresión de folletos informativos sobre los métodos de planificación familiar. La promoción tiene como propósito: “*Estimular la demanda del consumidor sobre productos específicos, llamando la atención y proporcionando información sobre ellos...*” (Population Report, 1981). Además, juega un papel importante en los proyectos de mercadeo social, cuando se pretende cubrir aquellos grupos de personas en las que el proyecto no ha tenido alcance, en el caso de PROFAMILIA sería la población masculina. Los medios utilizado durante la promoción de la campaña se muestran en el *Diagrama 1* donde se resume la **Teoría del Programa de la Campaña de PROFAMILIA**.

Diagrama 1. Campaña Institucional “Nueva Imagen de PROFAMILIA”



PRODUCTOS

Conocimiento de los pobladores sobre la nueva imagen de PROFAMILIA como institución privada, especialista en brindar servicios de salud reproductiva, productos de calidad y bajo costo.



RESULTADOS PROXIMOS

Incrementar el uso de los servicios de salud que ofrece PROFAMILIA a mujeres, hombres, niños y adolescentes y la demanda de productos de calidad bajo costo.



RESULTADOS DISTALES

Contribuir a la formación de familias más sanas, incidiendo en el mejoramiento de la salud reproductiva, la atención pre y post natal a las madres, la salud de los niños, la orientación y consejería a los adolescentes, atención al hombre en la detección y prevención del cáncer de próstata, la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS/VIH/SIDA) y atención a la mujer en la detección y prevención del cáncer cérvico-uterino y de mamas.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Planeación y Diseño del Estudio

El primer paso consistió elaborar un Diseño que define un tipo de **Estudio Evaluativo**, que consiste en la Evaluación del Impacto la Campaña Institucional de PROFAMILIA. Aquí se plantearon los objetivos general y específicos de la evaluación, las actividades y su tiempo de ejecución, para las dos fases: 1) Recolección de datos, y 2) Procesamiento y Análisis de los Datos.

4.2 Diseño y Validación del Cuestionario

Se construyó un cuestionario definido por tres componentes (Anexo No. 3). El Primer Capítulo: Datos Socio-Demográficos. El Segundo Capítulo sobre la Percepción los Pobladores acerca de la Campaña y un Tercer Capítulo sobre el Conocimiento de PROFAMILIA como institución y de los Servicios

Se elaboró un Manual de instrucciones revisado en reiteradas ocasiones. Este fue analizado con el equipo de trabajo del área de Mercadeo y Evaluación. Se realizaron tres prácticas de aplicación simulada durante la capacitación a los encuestadores y dos validaciones de la encuesta. Una primera validación se realizó con 20 personas en los alrededores de la Universidad Centroamericana (UCA) y la Universidad de Ingeniería (UNI) y una segunda validación que no estaba prevista, con 15 habitantes de la Colonia Máximo Jerez, en Managua.

4.3 Diseño de la Muestra

Con base a recomendaciones de un equipo de asesores de la Universidad de Johns Hopkins, se contrató los servicios profesionales de una institución para la elaboración del Diseño Muestral de la encuesta, a fin de garantizar que el estudio cumpla con los procedimientos metodológicos universalmente aceptados y cuente con la representatividad de la población. La propuesta del Instituto de Estudios Nicaragüenses (IEN), seleccionada entre otras, presentó un informe completo con el Diseño Muestral que incluye los siguientes aspectos:

1. **Tamaño de la Muestra:** Muestra aleatoria de 1,200 pobladores, 790 del Área Urbana y 410 en la zona Rural, a Nivel Nacional (excepto la Costa Atlántica y Río San Juan), para una *población objetivo de 21 a 50 años de edad*. El estudio tiene un error de estimación de +/- 2.88% a nivel nacional y +/- 5% en el caso de Managua, para un nivel de confianza del 95%.
2. **Metodología de Selección de la Muestra.** Se aplicó un tipo de metodología Trietápica, que define la selección sistemática del municipio, el segmento censal con una probabilidad proporcional al tamaño de la población (PPT). El procedimiento para la selección de la vivienda y del entrevistado se describe en el acápite 4.4.
3. **Estratificación de la Muestra.** Define la distribución de la muestra por Municipio, Área Urbana y Rural, y por las variables demográficas Sexo y Edad,

siempre con el criterio de PPT en cada municipio. En Managua, se hizo una distribución según los seis distritos que delimitan la capital.

4. **Dominio del Estudio y Ponderaciones.** Aquí se describe el margen de error de +/- 3% a nivel nacional y +/- 5% para Managua, también, las ponderaciones correspondientes a la población de los municipios (Anexo No. 4).
5. Cuadros con información sobre la población objetivo, distribución muestral y listado de Códigos de los segmentos censales por departamento y municipios, que sirvieron de guía para la recolección de datos. La selección de los 31 municipios encuestados se hizo en forma aleatoria y con Probabilidad Proporcional al Tamaño (PPT) (Ver Anexo 4).

Los datos de la población provienen de los Censos Nacionales (Septiembre de 1995), que contienen las Cifras Oficiales obtenidas en el recuento del VII Censo de Población, con una muestra estratificada para 15 Departamentos y dos Regiones Autónomas del Atlántico (RAAN y RAAS), a nivel nacional. El IEN facilitó el soporte cartográfico de cada segmento censal (mapas de comarcas o barrios) para el total de municipios.

4.4. Procedimiento para la Recolección de Datos

El levantamiento de la información de la encuesta, para una muestra de 1200 pobladores, se realizó del 14 de febrero al 3 de marzo de 2000, con base a la metodología de selección sistemática de las viviendas, de acuerdo al marco muestral definido para cada municipio, el número de segmentos censales y número de Junta Receptora señalado en la cartografía.

En los distritos de la Capital Managua, la selección de los *hogares* fue de forma aleatoria y con el intervalo señalado en el mapa, por ejemplo, si un segmento consta de 103 casas, se definía un factor $k = 10$, se elegía un número entre 1 y 3, se aplicaba la encuesta en el número seleccionado y las siguientes encuestas se aplicaban cada 10 casas. El punto de partida era un derrotero (punto de referencia), generalmente del punto cardinal Nor-Oeste y seguía el orden fijado en la cartografía.

En los Departamentos, se siguió el procedimiento de selección anterior. Al llegar a cada municipio, se visitaban las oficinas del Consejo Supremo Electoral (CSE) con el fin de informar sobre el levantamiento de la Encuesta, verificar la Junta Receptora de Votos (JRV) y la ubicación del segmento censal, y por razones de seguridad nos el equipo se reportaba una vez finalizado el trabajo en la zona.

Para la selección de los *individuos* a ser encuestados, se siguió el procedimiento de muestreo por cuotas. Se entregaba a cada encuestador las boletas con instrucciones sobre el número de personas a encuestar de boletas, según sexo y rango de edad (21 a 30 años, 31 a 40 y 41 a 50 años) y el intervalo a seguir en el segmento censal. Las boletas eran previamente registradas con el nombre del Barrio o Comarca, el Municipio y Departamento, y un cheque en las casillas del Área de procedencia (Urbana o Rural). Para efectos de control, cada segmento y municipio visitado era marcado en el manual.

El programa de salidas (Anexo No. 5) definido procuraba minimizar los costos (por combustibles y otros conceptos) y levantar la información en el menor tiempo posible. El

levantamiento partió de los sectores más alejados: primero, la zona de occidente (León, Chinandega), seguida por la región Norte y Central (Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Jinotega, Matagalpa, Boaco, Chontales), la Capital Managua y finalmente, la zona sur del pacífico (Carazo, Rivas, Masaya y Granada).

En Managua la encuesta se aplicó en fines de semanas (viernes, sábado y domingo) para tener mayor posibilidad de encontrar a las personas que laboran durante la semana, y especialmente, a la población de hombres. Los encuestadores realizaron un total de 1,152 encuestas (384 encuestas por cada uno). Las 848 encuestas restantes fueron aplicadas por la responsable del estudio, quien estuvo a cargo de la supervisión del trabajo de campo y la revisión de cada boleta.

Sobre el control de calidad de los datos, en algunas variables se hicieron una, dos o tres preguntas, a fin de obtener el mismo tipo de información y verificar la consistencia de las respuestas. En el caso de la pregunta si “Conoce el logotipo (dibujo) de PROFAMILIA”, se hicieron dos preguntas más, para que la persona describiera el contenido del logotipo y en un tercer momento, se le mostró el logotipo y se le preguntó si lo reconocía .

4.5. Procesamiento de los Datos de la Encuesta

Los datos fueron introducidos en el Programa Fox. Luego, se capturaron en una base de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 8.0). En la depuración y limpieza de los datos se capturaron los datos controles estadísticos se logró detectar errores, datos extraños que salían fuera de los rangos de medición en las variables y verificar la consistencia de las respuestas (distribución de frecuencias y porcentajes en todas las variables). Los datos repetidos o duplicados fueron redigitados (11 por 1) y verificados contra los cuestionarios. Las preguntas abiertas fueron recodificadas conforme el tipo de respuestas que se registraban en las encuestas. Por ejemplo: “Método anticonceptivo utilizado por el entrevistado o su pareja”: Píldoras (1), Inyectables (2), DIU (3), Preservativos (4), Cirugía (5), Ritmo (6) Mela (7) y No usa ningún método (9).

Finalmente, se escogió aproximadamente el 40% de las encuestas (500 boletas) para contrastar la información con la base de datos y en un mínimo porcentaje se presentaron inconsistencias (3%).

4.6. Estrategia de Análisis de Datos

En primer lugar, se hizo un **Análisis Descriptivo**, para las características socio-demográficas de los entrevistados, y los componentes de exposición y conocimiento de los pobladores sobre la Campaña, con frecuencias y porcentajes.

En *segundo lugar*, se utilizó un **Método de Análisis Multivariado**, para encontrar la asociación entre el Conocimiento de los pobladores sobre los contenidos de la campaña (en términos de la imagen de PROFAMILIA y sus Servicios) como Variable Dependiente y los niveles de Exposición a la Campaña: bajo, medio y alto (Variable de Interés), controlando el efecto de terceras variables (Variables de control).

La variable dependiente *Conocimiento sobre los contenidos de la Campaña*, está compuesto por un índice de que va de 0 a 10, el cual proviene de la suma de diez variables:

1. Conoce el logotipo de PROFAMILIA
2. Conoce una clínica de la institución (respuestas correctas)
3. Sabe si es una institución privada
4. Sabe a quiénes se les brinda servicios (clientes)
5. Conoce servicios de Ginecología
6. Conoce servicios de Papanicolaou
7. Conoce servicios de Diagnóstico general (laboratorio y ultrasonido)
8. Conoce servicios de Detección de Cáncer de Próstata
9. Conoce servicios de Mamografía
10. Conoce servicios de Pediatría

La *Exposición a la Campaña* fue analizada con base en los resultados obtenidos de la suma de los *medios* por los cuales se informaron los entrevistados sobre la campaña :

- Radio
- Televisión
- Cine Móvil
- Folletos
- Rótulos
- Perifoneo
- Volantes
- Personal de Profamilia
- Club Juvenil
- Promotor (a) Comunitario (a)
- Algún usuario
- A través de un Familiar
- A través de un Amigo
- Otro medio (periódico)

El resultado arrojó un índice de 0 a 17 cuyos valores fueron agrupados de la siguiente en tres niveles de exposición a la Campaña:

- a) De 0 a 1 : Nivel de exposición baja
- b) De 2 a 7 : Nivel de exposición media
- c) De 8 a más: Nivel de exposición alta

El resto de variables fueron en su mayoría recodificadas a variables dummies con valores de 1 si se presenta la característica de interés y 0 si no se presenta.

El resto de variables fueron en su mayoría recodificadas a variables dummies con valores de 1 si se presenta la característica de interés y 0 si no se presenta.

Tabla 1. Categorización y Codificación de Variables Independientes

Variable	Valor = 1	Valor = 0
Zona de Procedencia	Urbana	Rural
Sexo	Mujer	Hombre
Trabaja	Si	No
Usa Métodos Anticonceptivos	Si	No
Acceso a la Radio	Si	No
Acceso a la Televisión	Si	No
Exposición a Propaganda de otros Centros de Salud	Si	No

El procedimiento seguido para la aplicación de un modelo de regresión multivariado, partió de una primera corrida exploratoria donde se incluyeron, además de las siete variables indicadas en la Tabla 1, el nivel de escolaridad, número de hijos, religión y las interacciones, Exposición media y Alta con Sexo, y Exposición Media y Alta con Otra propaganda, y la variable usuaria de los servicios. Las variables excluidas en el modelo por tener un valor de p (probabilidad asociada) mayor que 0,05 fueron: el nivel de escolaridad, número de hijos y las interacciones, Exposición media con Sexo, y Exposición Media con Otra Propaganda. Este modelo presentaba un problema de endogeneidad por tener incluida la variable Usuaría de los Servicios de PROFAMILIA (que pertenece al programa de PROFAMILIA).

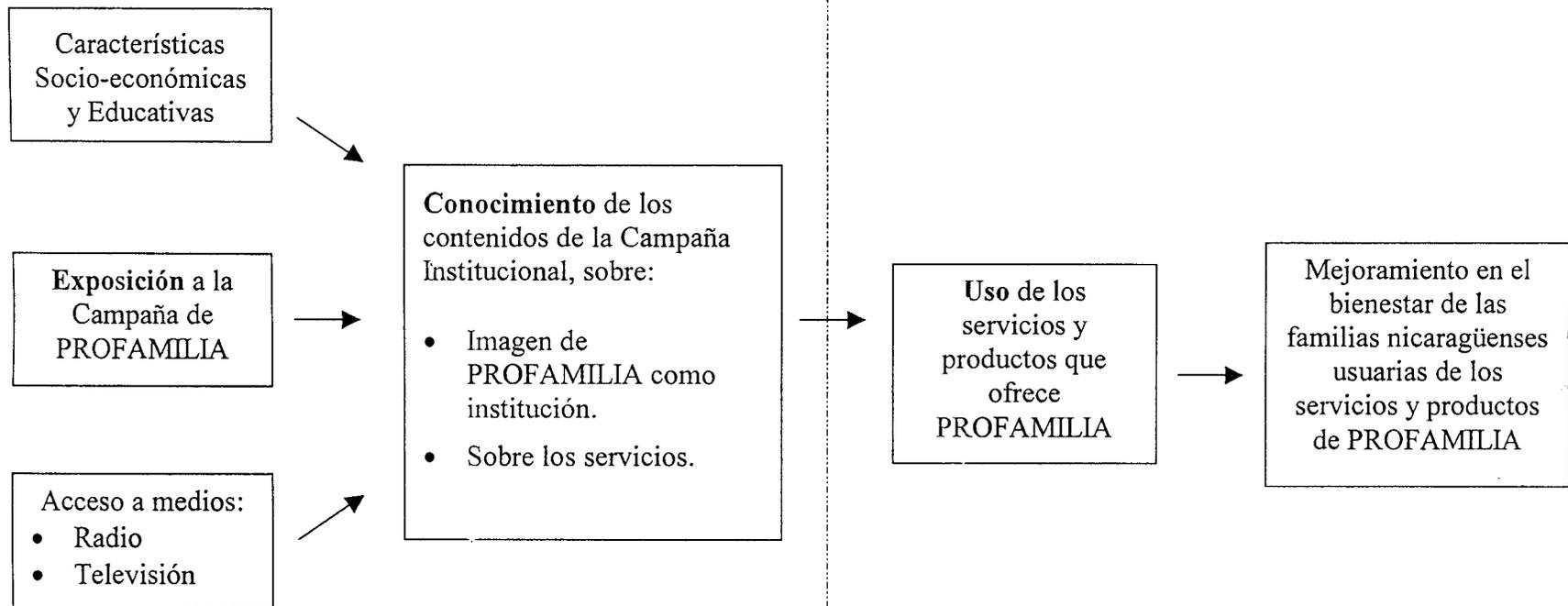
Una vez que se excluyó la variable Usuaría de los servicios, se corrió nuevamente el modelo de regresión con un total de 12 variables independientes: Zona de Procedencia, Sexo, Trabaja, Usa Métodos Anticonceptivos, Religión, acceso a la Radio, acceso a la televisión, Exposición a Propaganda de otros centros, Exposición Media y Exposición Alta a la Campaña de PROFAMILIA y las interacciones: Exposición Alta con Sexo y Exposición Alta con Otra Propaganda. Todas estas variables fueron introducidas con método "Backward" en el modelo inicial. De acuerdo con los resultados del modelo fueron excluidas las interacciones y la variable Religión. Las nueve variables restantes que resultaron significativas con valor de p menor o igual que 0.05 (Tabla 1), fueron introducidas en el procedimiento de selección con los métodos siguientes:

- *Bloque1:* Se incluyeron siete variables de control (Tabla 1) con método "Backward".
- *Bloque2:* Se introdujeron las variable de interés: Exposición Media y Exposición Alta a la Campaña de PROFAMILIA. con método "Enter".

Los hallazgos correspondientes constituyen el modelo final que es discutido en la sección de resultados.

A continuación, se presenta un diagrama que define el modelo estructural sobre el cual se explica el método de regresión multivariado.

Diagrama 2. Modelo Estructural que Explica el Modelo de Regresión^{/1}



/1: Conocimiento de los Entrevistados sobre PROFAMILIA y sus Servicios.

Características Socio-Demográficas:

- Sexo
- Edad
- Área de Procedencia (Urbano y Rural)
- Nivel Educativo
- Estado Civil
- Trabajo
- Religión
- Usa métodos anticonceptivos
- Exposición a Propaganda /Otros Centros

Conocimiento PROFAMILIA y Servicios:

- Conoce logotipo de la institución
- Conoce ubicación correcta de Clínica
- Sabe que Profamilia es privada
- Sabe a quiénes brinda sus servicio
- Conoce servicios de Ginecología
- Conoce servicio de Papanicolaou
- Conoce Diagnóstico General
- Conoce Detección Cáncer de Próstata
- Conoce servicio de Mamografía
- Conoce servicio de Pediatría

Exposición a la Campaña. Medios por los que se informaron:

- Radio
- Televisión
- Cine Móvil
- Folletos
- Rótulos
- Perifoneo
- Volantes
- Personal de Profamilia
- Club Juvenil
- Promotor (a) Comunitario (a)
- Algún usuario
- A través de un Familiar
- A través de un Amigo
- Otro medio (periódico)

V. RESULTADOS

5.1. Características Socio-demográficas

De acuerdo a la zona de procedencia de los mismos, se observa que el 30.8% pertenecen al área Metropolitana de Managua, el 35.0% al resto del país urbano y un 34.2% al resto del país rural (Cuadro No. 1).

En cuanto al sexo de los entrevistados el 51,5% son mujeres y el 48,5% hombres. Estos datos se aproximan a los datos del Censo de Población de Nicaragua-1995, que registra un 50,5% y 49,43% para ambos sexos.

La distribución de los entrevistados según edad se hizo en tres grupos etáreos. De 21 a 30 años, representados con un 47,7%, de 31 a 40 con un 31,9% y de 41 a 50 años, con un 20,4%.

Sobre el estado civil de las personas, un el 66,5% se encuentran casados o en unión. 33,5% se declararon solteros (se incluyen separados y viudos).

En cuanto a la situación ocupacional, el 47,7% manifestaron que se encontraban trabajando en el momento en que se aplicó la entrevista y un 52,3% refirieron estar desocupados.

La escolaridad de los entrevistados se concentra en el nivel de secundaria o nivel técnico con un 48,0%, seguido por la primaria con 29,0%. Apenas un 8,8% de los entrevistados no tienen ningún grado aprobado.

La religión que mayormente se profesan los entrevistados es la Católica. Aquí se distinguen los que la practican (rezan regularmente y asisten a misa los domingos), con un 48,4% y los católicos no practicantes con 32,6%. Seguidamente está la religión protestante o evangélica, con 13,3%.

Con las personas con hijos vivos, del 76,3% de los entrevistados que respondieron tener hijos vivos el 37,7% tienen uno o dos hijos y un 25,3% declararon tener entre 3 y 4 hijos (Cuadro 2).

Cuadro No. 1. Características Socio-Demográficas de los Entrevistados.

Características	N	Porcentaje
Total	1200	100,0
Área de Procedencia		
Managua	370	30,8
Resto del país urbano	420	35,0
Resto del país rural	410	34,2
Sexo del Entrevistado		
Masculino	582	48,5
Femenino	618	51,5
Edad del Entrevistado		
21 a 30	572	47,7
31 a 40	383	31,9
41 a 50	245	20,4
Estado Civil		
Unidos	798	66,5
Solteros	402	33,5
Trabajan actualmente		
Si	572	47,7
No	628	52,3
Nivel de Escolaridad		
Ninguno	106	8,8
Primaria	348	29,0
Secundaria o Técnico	576	48,0
Universitario	170	14,2
Religión del Entrevistado		
Católico practicante	581	48,4
Católico no practicante	391	32,6
Protestante/Evangélico	159	13,3
No creyente/Otras	69	5,8
Tiene hijos vivos		
Si	916	76,3
No	284	23,7
Número de hijos vivos		
1 a 2	452	37,7
3 a 4	304	25,3
5 a 6	114	9,5
7 a más	46	3,8
No aplican	284	23,7

Fuente: Encuesta a Pobladores sobre la Campaña Nueva Imagen de PROFAMILIA, DIMECOSA.

Cuadro No. 2. Número de Hijos Vivos. PROFAMILIA, 2000.

Número de hijos vivos	Total	
	N	Porcentaje
<i>Total</i>	1200	100,0
1 a 2	452	37,7
3 a 4	304	25,3
5 a 6	114	9,5
7 a más	46	3,8
<i>No aplican</i>	284	23,7

En vista que la planificación familiar se considera uno de los principales aspectos de la salud reproductiva, se consideró necesario incluir dentro de las características socio-demográficas el uso actual de métodos anticonceptivos. El 59,3% de los entrevistados declararon usar algún método anticonceptivo, mientras que un 40,7% no utilizan ningún método anticonceptivo (Cuadro No. 3).

En cuanto al tipo de método anticonceptivo usado por los entrevistados, la esterilización (cirugía Minilap o Vasectomía) presenta el mayor porcentaje con un 19,5%, seguido por el uso de la píldora anticonceptiva (12,1%), el dispositivo intrauterino y los inyectables (DIU), con 9,1% y 8,3%, respectivamente. En el mismo cuadro se presenta el uso de métodos anticonceptivos según área de procedencia. Se observa un mayor uso de la píldora en el resto del país urbano y la zona rural (4,9% y 4,6%), mientras que en el área metropolitana la esterilización (7,1%) y el DIU (4,3%) son los métodos más usados.

Los métodos más usados según los grupos etáreos, la píldora y el condón son los más utilizados entre los jóvenes de 21 a 30 años (6,5% y 5,8% cada uno). Entre los adultos jóvenes (31 a 40 años) la esterilización y la píldora son los métodos más empleados que presentan mayor relevancia (8,2% y 4,5%). Los entrevistados de 41 a 50 años han optado principalmente por la cirugía la cual refleja un mayor porcentaje en relación al resto de métodos dentro de este grupo.

Cuadro No. 3. Uso y Tipos de Métodos Anticonceptivos usados actualmente por los Entrevistados según Características. PROFAMILIA, 2000.

Características	Total		No usan	Usan	Tipo de Método Anticonceptivo usado						
	N	Porcentaje			Píldoras	Inyectables	DIU	Condón	Cirugía	Ritmo	MELA
Total	1200	100,0	40,7	59,3	12,1	8,3	9,1	7,4	19,5	2,9	0,1
Área de Procedencia											
Managua	370	30,8	10,9	19,9	2,6	2,8	4,3	2,5	7,1	0,6	
Resto del país urbano	420	35,0	15,6	19,4	4,9	2,3	3,0	3,1	5,5	0,5	0,1
Resto del país rural	410	34,2	14,2	20,0	4,6	3,1	1,8	1,8	6,9	1,8	
Según Edades											
21 a 30	572	47,7	22,8	24,8	6,5	4,3	4,3	5,8	2,7	1,3	0,1
31 a 40	383	31,9	10,0	21,9	4,5	2,8	3,9	1,3	8,2	1,3	
41 a 50	245	20,4	7,8	12,6	1,1	1,2	0,9	0,3	8,7	0,4	
Nivel de Escolaridad											
Ninguno	65	5,4	2,7	2,8	0,5	0,2	0,4	0,3	1,1	0,3	
Sabe leer y escribir	41	3,4	2,0	1,4	0,3	0,1		0,1	0,8	0,2	
Primaria	348	29,0	11,6	17,4	3,2	2,3	2,3	1,1	6,9	1,6	0,1
Secundaria y técnico	576	48,0	18,8	29,3	6,3	5,2	4,6	4,1	8,3	0,8	
Universitario	170	14,2	5,7	8,5	1,8	0,6	1,8	1,8	2,5	0,1	
Trabajan											
No	628	52,3	23,2	29,2	7,1	3,5	4,3	3,6	9,0	1,6	0,1
Si	572	47,7	17,5	30,2	5,0	4,8	4,8	3,8	10,5	1,3	
Estado Civil											
Solteros	402	33,5	22,6	10,9	1,0	0,8	1,0	5,6	2,3	0,3	
Unidos	798	66,5	18,1	48,4	11,1	7,5	8,1	1,8	17,2	2,7	0,1
Tienen hijos vivos											
Si	916	76,3	23,2	53,2	11,0	8,0	9,0	3,0	19,4	2,7	0,1
No	284	23,7	17,5	6,2	1,1	0,3	0,1	4,4	0,1	0,3	
Religión											
Católico practicante	581	48,4	20,0	28,4	5,9	4,3	3,8	2,4	11,0	0,9	0,1
Católico no practicante	391	32,6	12,4	20,2	4,4	2,8	3,7	4,0	4,7	0,7	
Protestante/Evangélico	159	13,3	5,7	7,6	1,2	0,8	0,9	0,6	3,1	1,1	
No creyente	66	5,5	2,5	3,0	0,6	0,5	0,7	0,3	0,7	0,3	
Otras	3	0,3	0,1	0,2				0,1	0,1		

Fuente: Encuesta a Pobladores sobre la Campaña Nueva Imagen de PROFAMILIA, DIMECOSA.

Sobre el acceso que tienen los entrevistados a medios de comunicación como la radio y la televisión (Cuadro 4), se midió la frecuencia de exposición a dichos medios. El 76,0% de ellos declararon que escuchan diariamente la radio y el 72,3% ven diariamente la televisión. En los casos extremos, el 4,2% manifestaron que nunca escuchan la radio y un 13,2% declararon que nunca ven la televisión.

Cuadro No. 4. Frecuencia con que los Entrevistados escuchan la radio y ven la televisión. PROFAMILIA, 2000

Frecuencia	Radio		Televisión	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<i>Total</i>	<i>1200</i>	<i>100</i>	<i>1200</i>	<i>100</i>
Diario	920,0	76,7	874,0	72,8
Dos o tres veces por semana	180,0	15,0	152,0	12,7
Una vez a la semana	42,0	3,5	18,0	1,5
Una vez al mes	9,0	0,8	5,0	0,4
Nunca	49,0	4,1	151,0	12,6

Fuente: Encuesta a Pobladores sobre la Campaña Nueva Imagen de PROFAMILIA, DIMECOSA

En la frecuencia de exposición a la radio no existen diferencias relevantes en los niveles de audiencia de las zonas de procedencia estudiadas. (Managua, 24,1%, resto urbano 26,7% y resto rural, 25,9%). La televisión presenta un mayor porcentaje de televidentes en Managua con un 24,8% y resto del país urbano con 28,7%, con un 19,3% en el área rural. (Anexo No. 6, Cuadros 6.1 y 6.2).

Seguidamente, se presentan los resultados para la exposición de los entrevistados a la Campaña de PROFAMILIA.

- **Niveles de Exposición**

Los niveles de exposición baja, media y alta a la Campaña de PROFAMILIA, tal y como se explicó en el capítulo de metodología, provienen de la agrupación de los valores obtenidos en los medios de comunicación a los que estuvieron expuestos los entrevistados.

En el comportamiento de estos niveles de exposición, se observa que el mayor porcentaje de personas expuestas a la Campaña se concentra en el nivel medio de exposición con un 65,0% (Cuadro 5). Se puede decir que el 79,3% de los entrevistados tuvieron una exposición media y alta a la campaña.

Cuadro No. 5. Niveles de Exposición a la Campaña Según Área de Procedencia. PROFAMILIA, 2000

Niveles	N	Porcentaje
<i>Total</i>	1200	100,0
Exposición Baja	248	20,7
Exposición Media	781	65,0
Exposición Alta	171	14,3

Fuente: Base de datos de Encuesta sobre la Campaña de PROFAMILIA.

- **Frase y Mensajes**

Otros elementos de la Campaña son la frase y los mensajes de los anuncios pautados en la radio y la televisión. Primero, se les preguntó si recordaban la frase de PROFAMILIA y apenas el 1,7% respondió que sí la recordaban y la expresaron textualmente "*Más Soluciones en Un Sólo Lugar*". Por segunda ocasión se les preguntó (con ayuda) a los que respondieron que no recordaban la frase y el 42,2% manifestaron que sí la habían escuchado.

Sobre los *mensajes* de la propaganda, un 57,5% de los entrevistados declararon que sí lo recordaban y al pedirseles la descripción del mensaje todos ellos ofrecieron respuestas favorables, cuyos principales temas se centran en: a.) El cuidado de la salud de la familia, b.) Planificación Familiar, y c.) "*En PROFAMILIA no existen diferencias en la atención a hombres y mujeres*".

- **Exposición a Otra Propaganda sobre Salud**

Se preguntó a los entrevistados si escucharon o vieron propaganda de otros centros que promueven la salud. El 56,1% estuvieron expuestos a otro tipo de propaganda (Cuadro 6). De las personas que estuvieron expuestas a otro tipo de propaganda sobre salud, se destaca que el mayor porcentaje escuchó o vio propaganda de los Centros de Salud o del Ministerio de Salud (19,2%), seguido por la propaganda del Hospital Bautista (privado) con 18.6%.

b. Resultados del Modelo de Regresión Múltiple

• Modelo final

Como se describió en la Metodología, el Modelo de Regresión Final incluyó la variable dependiente “*Conocimiento sobre PROFAMILIA y sus Servicios*” y las siguientes variables independientes: Zona de Procedencia, Sexo, Trabaja, Usa Métodos Anticonceptivos, Acceso a la Radio, Acceso a la Televisión, Nivel de Exposición Media, Nivel de Exposición Alta, y Exposición a Otra Propaganda. Las interacciones incluidas inicialmente no resultaron significativas ($p > 0.05$), al igual que la Religión, tal y como se muestra en el Cuadro 9.

Cuadro 9. Variables Excluidas de los Modelo de Regresión

Modelo	Variables	Beta In	t	Significancia	Colinealidad
					Tolerance
	Religión	0,004	0,185	0,853	0,005
	Exposición Alta*Otra propaganda	-0,009	-0,281	0,779	0,449
	Exposición Alta * Sexo	0,031	0,971	0,332	0,028

El modelo final seleccionado presenta un valor de R^2 igual a 0,487. Esto quiere decir que el 48,7% de la variabilidad en el Índice de Conocimiento sobre PROFAMILIA y sus servicios, está explicada por las nueve variables independientes en el modelo. Los resultados se presentan a continuación.

Cuadro No. 10 Coeficientes del Modelo de Regresión Seleccionado

Variables del Quinto Modelo	Coeficientes No Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	t	p
	B	Error Est.	Beta		
(Constante)	0,708	0,224		3,160	0,002
Sexo	0,589	0,137	0,094	4,316	0,000
Trabaja	0,417	0,135	0,066	3,090	0,002
Usa Métodos Anticonceptivos	0,508	0,135	0,079	3,758	0,000
Exposición a Otra Propaganda	0,598	0,137	0,094	4,372	0,000
Zona de Procedencia	0,321	0,146	0,048	2,198	0,028
Acceso a Radio	-0,319	0,160	-0,043	-1,995	0,046
Acceso a TV	0,675	0,163	0,096	4,148	0,000
Exposición Media	3,924	0,176	0,595	22,317	0,000
Exposición Alta	5,949	0,240	0,662	24,835	0,000

Variable Dependiente: Reconocimiento PROFAMILIA y Servicios

La ecuación general para el modelo de regresión seleccionado es la siguiente:

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + B_5X_5 + B_6X_6 + B_7X_7 + B_8X_8 + B_9X_9 + e$$

En donde:

B_0 = (Constante)

X_1 = Sexo

X_2 = Trabaja

X_3 = Usa Métodos Anticonceptivos

X_4 = Exposición a Otra Propaganda

X_5 = Zona de procedencia

X_6 = Acceso a la Radio

X_7 = Acceso a la Televisión

X_8 = Exposición Media a la Campaña de PROFAMILIA

X_9 = Exposición Alta a la Campaña de PROFAMILIA

El analizar los coeficientes para cada variable del modelo de regresión final, se destaca que en promedio, las mujeres tienen 0,589 unidades más que los hombres, en el índice de Conocimiento sobre PROFAMILIA y sus servicios, manteniendo constantes todas las otras variables independientes en el modelo.

Los entrevistados que trabajan tienen 0,417 unidades más, en promedio, que las personas que no trabajan, en el índice de conocimientos, manteniendo constante las otras variables independientes.

Las personas que declaran usar algún tipo de método anticonceptivo (ya sea ellas directamente o su pareja) tienen, en promedio, 0,508 unidades más en el índice de conocimiento, que aquellas personas que no usan ningún método, manteniendo constante el resto de variables independientes.

Con respecto a la zona de procedencia de los entrevistados, se observa que los entrevistados del área urbana tienen 0,321 unidades más, en promedio, en el conocimiento, que las personas que provienen de las zonas rurales, manteniendo constante las demás variables independientes.

Sobre el acceso a los medios de comunicación, las personas que declaran ver con frecuencia la televisión tienen 0,675 unidades más, en promedio, en el índice de conocimiento, que aquellas que no mencionan ver la televisión con frecuencia.

Curiosamente, en la variable Frecuencia de Escuchar Radio se observa una relación inversa con la variable dependiente ($B = -0,319$). Los entrevistados que escuchan radio con frecuencia tienen, en promedio, 0,319 unidades menos en el índice de conocimiento que las personas que declaran no escuchar la radio con frecuencia.

En los niveles de exposición a la Campaña de PROFAMILIA, se destaca que los entrevistados con un *nivel medio de exposición* tienen en promedio 3,924 unidades más en el índice de conocimiento que las personas con un bajo nivel de exposición, manteniendo constante el resto de variables independientes en el modelo.

Las personas con un *alto nivel de exposición* a la Campaña, tienen, en promedio 5,949 puntos más en el índice de Conocimiento sobre PROFAMILIA y sus servicios que las personas que tienen un bajo nivel de exposición.

Comparando los niveles medio y alto de exposición, las personas con un nivel alto tienen, en promedio 2,025 unidades más en el índice de conocimiento con respecto a los del nivel medio, manteniendo constantes las otras variables independientes.

El análisis de los coeficientes estandarizados permite comparar las variables en cuanto a su importancia relativa en la predicción de la variable dependiente. Se observa que los niveles de exposición media y alta, tienen estadísticamente, el mayor peso dentro del modelo de regresión, de acuerdo con los valores del beta estandarizado (correlación parcial). Estos dos valores sobresalen entre los demás por su magnitud (0,595 y 0,662), ya que los otros no alcanzan el valor de 0,1.

• **Diagnóstico**

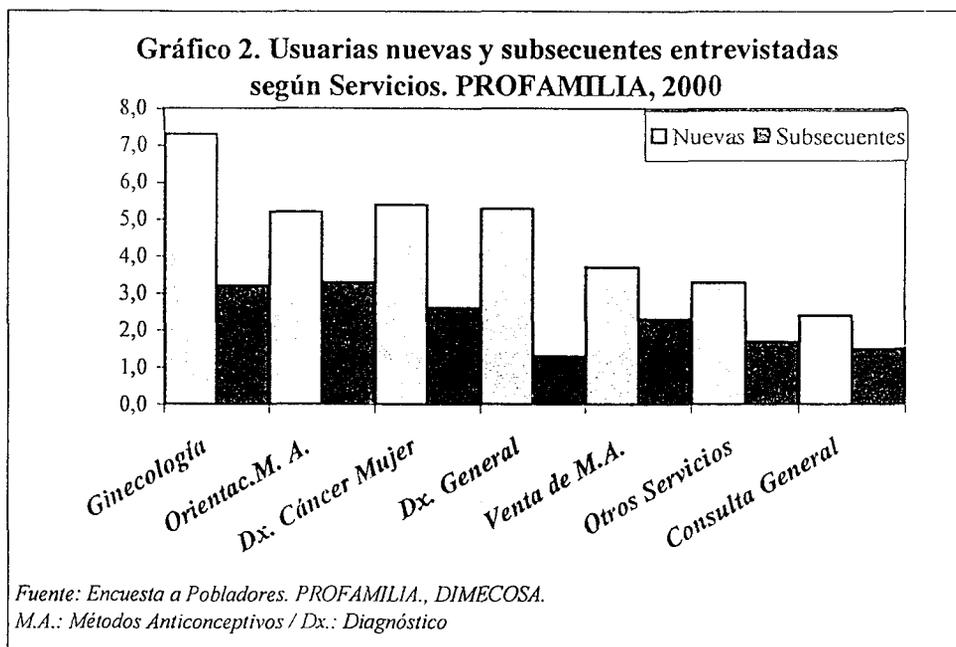
El diagnóstico fue aplicado al modelo final que resultó con un R^2 de 48,7% y nueve variables independientes con nivel de significancia menor o igual que 5,0%. No existen problemas de multicolinealidad en el modelo, dado que no se cumplen los criterios para determinar dicho problema, uno de ellos es el R_j^2 (que es igual a 1- Tolerancia). Existen problemas de multicolinealidad cuando el valor de este índice es mayor a 0,90 y ninguna de las variables del modelo presenta tal condición (Anexo 6, Cuadro 6.). Asimismo, no se encontraron problemas a nivel del análisis de residuos: 1) La media de los residuos estudentizados es igual a cero. 2) los residuos estudentizados tienen valores que no exceden el valor de 3.0 (Valor máximo= 2,958). 3) la varianza de estos residuos no excede el valor de 1 y, 4) Leverage y Distancias de Cook tienen valores centrados en cero.

En el comportamiento de los valores predichos versus valores residuales, se observa una curva normal (Anexo 6. Histograma). En el gráfico de distribución normal se observa que los datos se comportan normalmente siguiendo una línea recta (Anexo: Gráfico de Distribución Normal). Asimismo los gráficos de dispersión de los valores predichos y residuales no evidencian desviaciones importantes de los supuestos para el modelo de regresión (Anexo 7).

5.4. Uso de los servicios

En lo que respecta al uso de los servicios de PROFAMILIA, los datos muestran que el 18.1% de las personas entrevistadas han sido usuarias de sus servicios y productos ($N= 217$ personas). Para efectos de este estudio, se entenderá por usuarias a aquellas personas que hacen uso de los servicios de PROFAMILIA, tanto hombres como mujeres. Del total de usuarias, un 12.3% son usuarias de hace seis meses, es decir, a partir de la Campaña ($N= 148$) y un 5.8% son usuarias del pasado o subsecuentes ($N=69$).

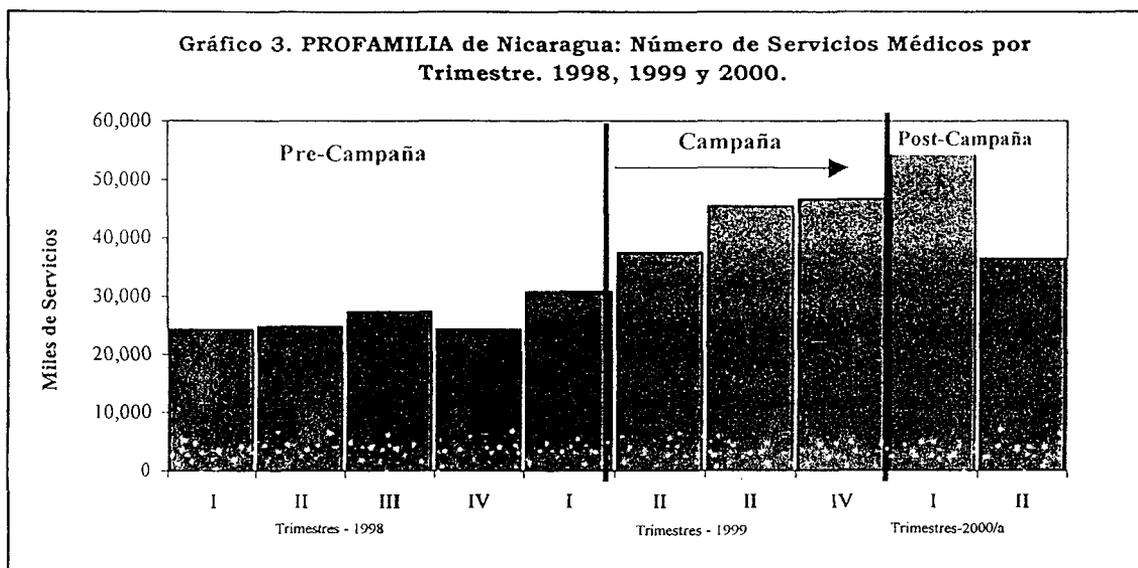
En el gráfico 2 se observa que los entrevistados que declararon haber hecho uso de los servicios de PROFAMILIA en los últimos seis meses, es decir, las usuarias a partir de la Campaña (“nuevas”), presentan un mayor porcentaje en el uso de diversos servicios, con respecto a las usuarias que asisten a PROFAMILIA desde antes de iniciada la Campaña (usuarias “del pasado”). Los servicios con mayor porcentaje de usuarias (sean hombres o mujeres) son: Ginecología (10,5%), Orientación en Métodos Anticonceptivos (8,5%) y el Diagnóstico de Cáncer en la Mujer (8,0%) que incluye el servicio de Papanicolaou y Mamografía (7,3% y 0,7% respectivamente).



Finalmente, se encontró que un 81,9% de los entrevistados no habían hecho uso de los servicios de PROFAMILIA (81,9%) y los motivos por los que no han asistido fueron: a) La mayoría utiliza los servicios de Centros de Salud, Hospitales, Centro Privados u otros (42,0%). b.) Un 16,3% declararon que “no han necesitado de los servicios de salud”. c.) El 14,3% que no sabía sobre los nuevos servicios que brinda PROFAMILIA y un 4% porque no existe una clínica de PROFAMILIA en el sector donde viven.

Los resultados tienen implicaciones en el uso de los servicios de PROFAMILIA, si bien, el análisis de impacto en el uso de servicios no es parte fundamental de los objetivos de este trabajo. Las usuarias nuevas (hace seis meses o período de la campaña) representan el mayor porcentaje (12,3%) con relación a las del pasado o subsecuentes (5,8%). En 18,1% de los entrevistados eran personas usuarias de los servicios de PROFAMILIA.

Por medio de los registros históricos (Gráfico 3), se puede comprobar que existe un incremento a partir del inicio de la Campaña. Probablemente, los servicios podrían experimentar una leve disminución en los meses que generalmente muestran un descenso¹, especialmente, una vez que haya pasado el efecto de la difusión de la Campaña.



¹ Enero y Febrero, meses en que las familias destinan sus ingresos para el ingreso escolar los hijos, y Diciembre, por motivos de celebración de a "Purísima" (celebración a la "Virgen María" que hacen anualmente los nicaragüenses en el mes de Diciembre.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación al *primer objetivo* –caracterización socio-demográfica de los entrevistados-. Los resultados muestran un porcentaje de *urbanización* del 65.8%. Un 30.8% de los mismos pertenecen al área Metropolitana de Managua, el 35.0% al resto del país urbano y un 34.2% al resto del país rural. Los datos coinciden con las cifras oficiales del Censo de Población de Nicaragua realizado en 1995 y la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA-1998, que registran un porcentaje de urbanización de 51.7% y 65%, respectivamente. Sobre el *sexo* de los entrevistados, 51.5% son *mujeres* y el 48,5% *hombres*. Estos datos no difieren del Censo de 1995 (50.6% y 49.4% respectivamente).

El *nivel de escolaridad* con mayor relevancia es el de secundaria (48,0%) seguido por la primaria (29,0%). Sobre la *religión* de los entrevistados un 48,4% profesan la religión católica, el 32.6% se declaran católicos no practicantes y el 13.3% son protestantes. El *número de hijos vivos*, un 76,3% declararon tener hijos y de éstos, un 37.7% tienen uno o dos hijos vivos, seguido por las personas con 3 ó 4 hijos vivos (25,3%). Sin embargo, en las zonas rurales el porcentaje con 5 ó 6 hijos vivos (4,4%) es mayor que en Managua (2,3%) y resto de país urbano (2,8%).

Sobre el *uso de métodos anticonceptivos*, el 59,3% de los entrevistados se encontraba usando (él o su pareja) un método anticonceptivo (temporal o permanente) al momento de la encuesta. En el área urbana, el 39,3% usa algún tipo de método y en el área rural, el 20%. Los métodos más empleados son la esterilización (19,5%), la píldora (12,1%) y el DIU (9,3%). Un estudio de PROFAMILIA (1993), muestran que la práctica de planificación familiar ha tenido un leve incremento en los últimos quince años en Nicaragua, pasando de un 27% en 1985 a 48% en 1993. La encuesta ENDESA-98 registra una tasa de prevalencia del 41% para el total de las mujeres.

En cuanto al *segundo objetivo* –estimar los niveles de exposición de los entrevistados a la Campaña de PROFAMILIA-. El 65,0 y 14,3% de los entrevistados tuvieron un nivel de exposición media y alta a la campaña. El 20,79% tuvieron un nivel bajo de exposición.

El *tercer objetivo* –medio de comunicación por los que se informaron sobre la Campaña- la radio (49,0%) y la televisión (48,1%), seguido por los rótulos (17,2%), fueron los medios con más relevancia. En el área urbana la televisión (19,8%) fue el principal medio para la difusión de la campaña y en la zona rural fue la radio (15,4%). Estos resultados sobre exposición, demuestran que la campaña tuvo éxito al llegar a un mayor porcentaje de audiencia que se esperaba.

El *cuarto objetivo* consistía en –comparar el grado de conocimiento de los entrevistados sobre los contenidos de la Campaña, de acuerdo a los niveles de exposición-. La evidencia directa sugiere que la Campaña tuvo logros en términos del conocimiento de los pobladores sobre la campaña. En *primer lugar*, 56,8% tienen un puntaje 6 o más (escala de 0 a 10) en el índice de Conocimiento sobre PROFAMILIA y sus servicios.

En relación a los contenidos del conocimiento, el 90,4% de los entrevistados asociaron el logotipo con la institución. El 32,4% sabe que PROFAMILIA privada y apenas un 6,1% afirman que PROFAMILIA pertenece al Estado. Sin embargo, el 61,5% de las personas no saben si esta institución es privada o depende del Gobierno.

Los entrevistados en general, conocen sobre los servicios principalmente promovidos durante la Campaña de PROFAMILIA. Un 64,0% conoce los servicios de Ginecología, un 62,2% conoce el examen de Papanicalou, un 49,7% conoce los servicios de diagnóstico general (laboratorio y ultrasonido) y un 43,4% conoce sobre el examen de Mamografía, seguido por el Diagnóstico de Cáncer de Próstata (41,5%). Los servicios de orientación psicológica, orientación y venta de métodos anticonceptivos y venta de medicamentos, el proyecto de cine móvil, y resto de servicios, fueron agrupados en la categoría de "Otros Servicios", sobre los cuales los entrevistados tuvieron un 53,2% de conocimiento.

Por otra parte, los resultados del modelo de regresión final permiten responder al cuarto y quinto objetivos planteados para la investigación. Estos hallazgos demuestran el efecto de la campaña en el conocimiento sobre PROFAMILIA, de acuerdo a los niveles de exposición. Las variables independientes de este modelo explican el 48,7% de la variabilidad en el Índice de Conocimiento. Al pasar de un nivel de exposición baja a un alta exposición, existe un aumento en 5,949 en el índice de conocimiento, en promedio. También, ocurre un aumento de 3,924 en el índice de conocimiento al pasar del nivel bajo al nivel medio de exposición. Las personas que tiene nivel alto en la exposición a la campaña tienen en promedio, 2,025 unidades más en el índice de conocimiento, con respecto a las que tienen un nivel de conocimiento medio, manteniendo siempre constante las otras variables independientes.

Los coeficientes para las otras variables independientes muestran que las mujeres tienen, en promedio, 0,589 unidades en el índice de conocimientos más que los hombres, los que trabajan presentan en promedio 0,417 unidades más comparados con los que no trabajan, los que usan algún método anticonceptivo tienen 0,508 unidades más que los que no usan, los que estuvieron expuestos a otra propaganda, los que residen en zona urbana y los que ven con frecuencia la televisión, exhiben en promedio, 0,598, 0,321 y 0,675 unidades más en el índice, respectivamente, con relación a los que no presentan estas características. Por el contrario, los que declaran escuchar la radio con frecuencia presentan en promedio 0,319 unidades menos en el índice que los que no escuchan este medio con frecuencia. Estos resultados en el comportamiento de la Frecuencia de Escuchar la Radio, muestran un comportamiento opuesto a lo que podría esperarse, ya que la campaña fue difundida a través de emisoras radiales con mayor cobertura a nivel nacional. Este punto específico merece ser estudiado con más detenimiento, y determinar qué posibles elementos confusores se encuentran asociados con esa variable.

De acuerdo con el modelo de regresión, el perfil de una persona con menor nivel de conocimiento sobre la campaña está caracterizado por un hombre que no trabaja, no usa ningún método anticonceptivo, no estuvo expuesto a otro tipo de propaganda sobre salud, pertenece a la zona rural, tiene acceso a la radio y tuvo un bajo nivel de exposición a la Campaña.

En cuanto a los resultados significativos para la variable sexo, probablemente, los hallazgos estén relacionados con las diferencias genéricas que han existido en Nicaragua, en cuanto al rol femenino y masculino. Las mujeres siempre han asumido la mayor responsabilidad en el control y la planificación familiar y la salud de los hijos, asisten a grupos donde comparten sus experiencias y obtienen información sobre la salud física y mental de la mujer y la familia, en experiencias educativas no formales, charlas, encuentros y cursos de capacitación, que luego comparten con sus amigas, vecinas y miembros de la familia (Puntos de Encuentro, Red de Mujeres contra la violencia, 1999). Por todo esto, las mujeres podrían contar con ventajas sobre los hombres, con relación al conocimiento en el cuidado de la salud de los hijos y la familia, cuyo mensaje fue promovido en la Campaña y de ahí los hallazgos obtenidos.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La evidencia directa sugiere que la Campaña tuvo logros positivos, por cuanto el conocimiento sobre PROFAMILIA y sus servicios está asociado a los diferentes niveles de exposición a la campaña.
2. El perfil de una persona con mayor conocimiento sobre la Campaña de PROFAMILIA, se caracteriza por las *mujeres* que tuvieron un alto nivel de exposición a la Campaña, que trabajan, usan algún método anticonceptivo, estuvieron expuestas a otra propaganda sobre salud y ven la televisión con frecuencia.
3. El perfil de una persona con menor conocimiento sobre la Campaña, se caracteriza por los *hombres* que tuvieron un bajo nivel de exposición a la Campaña de PROFAMILIA, no trabajan, no usan algún método anticonceptivo, no estuvieron expuestos a otra propaganda y escuchan la radio con frecuencia (esta última variable, específicamente, debe estudiarse con mayor detenimiento, pues va en contra de los resultados esperados). Si PROFAMILIA tenía como propósito incidir en los diferentes sectores y segmentos de población, es evidente es necesario hacer mayor énfasis en la población masculina, especialmente, en aquellos que provienen de las áreas rurales.
4. Los resultados del estudio muestran que la promoción por diversos medios masivos, *tuvo el éxito esperado*, en el sentido que llegó a un mayor porcentaje de audiencia, en relación con lo definido por la Dirección de Mercadeo y Comunicación Social de PROFAMILIA (50%). El 79,3% de los entrevistados estuvieron expuestos a la Campaña en niveles de exposición media y alta, y el 56,8% de los entrevistados tienen más de 6 puntos en el Índice de Conocimiento sobre los Contenidos de la Campaña en una escala de 0 a 10.
5. Basados en registros históricos sobre niveles de uso de servicios, y analizando el comportamiento antes y después de la campaña, existe evidencia a favor de un incremento en el uso de los servicios que ofrece PROFAMILIA. Sin embargo, no se puede establecer a ciencia cierta si este incremento se debió efectivamente a la campaña. Para ello se debería realizar un estudio que tratara de controlar posibles factores confusores.
7. Es notorio que aspectos como el nivel educativo de los entrevistados o la edad, no resultaran significativos en el modelo de regresión aplicado. Esto podría significar que la campaña probablemente llegó a las personas, independientemente del grado de educación y la edad, teniendo en cuenta los grupos etáreos aquí estudiados (21 a 50 años).
8. Se recomienda realizar un estudio dirigido a explorar las razones por las que puede estarse presentando un resultado en contra de lo esperado en relación con la variable Frecuencia con que escucha la radio. Se sugiere identificar los tipos de programas radiales que son más escuchados y determinar si la campaña ha sido o no divulgada en ellos.

9. Sería oportuno emplear distintas estrategias en las acciones de mercadeo y comunicación social, para las áreas urbanas y rurales. En la zona urbana, después de la televisión, el periódico y las revistas semanales, pueden ser un medio muy eficaz para la promoción de los servicios. En el área urbana, aprovechar los recursos de las Unidades de Cine Móvil, para sensibilizar y atraer a los pobladores de los sectores más alejados importante del país, definiendo un programa de cobertura y un plan de monitoreo que permita valorar la calidad y contenidos en la información y material educativo proyectados y sugeridos.
10. Se le debe dar continuidad a la Campaña Institucional, desarrollando una segunda fase de trabajo, que permita atraer un mayor porcentaje de usuarios, mantener la promoción de los servicios y productos. Las actividades promocionales y mensajes difundidos con recursos que implican menores costos han resultado ser efectivos no sólo en el ámbito comercial sino también en la salud. Experiencias implementadas en otros países como Colombia, El Salvador, Jamaica, Bangladesh entre otros (Population Reports, 1988), en las fases posteriores al primer lanzamiento de una campaña, las acciones han estado dirigidas a mantener la lealtad de los clientes y atraer a nuevos usuarios, mediante procesos de difusión e interacción social entre los amigos, familiares, minoristas (dueños de pulperías, puestos de venta de loterías, periódicos, entre otros) que permiten la socialización de la información sobre los servicios y productos.
11. Fortalecer los efectos de la Campaña enfatizando la imagen de la institución. Es importante hacer cambios atractivos en la publicidad en las distintas etapas de vida de un programa, de manera que se evite la monotonía en la promoción y especialmente, se consolide la imagen de PROFAMILIA (tomando en cuenta que un 61,5% de los entrevistados manifestaron no saber si esta institución es privada o pertenece al Gobierno)
12. Los hallazgos confirman que las acciones de mercadeo social y promoción de los servicios, facilitan el aumento de la demanda en los servicios de salud y la importancia que brindan los pobladores al cuidado de la salud de la familia. Una vez concluido este estudio, es indispensable devolver los resultados a los sectores involucrados en el financiamiento y la ejecución de actividades de mercadeo social, y especialmente, a todos los pobladores quienes han brindado la oportunidad de retroalimentar y sustentar la Campaña Institucional de PROFAMILIA.

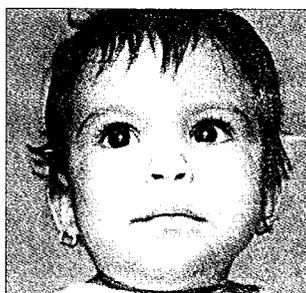
VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Pro-Bienestar de la Familia, PROFAMILIA de Nicaragua. *Informe de Validación y Perfil de la Campaña Institucional Nueva Imagen de PROFAMILIA*. Managua: Dirección de Mercadeo y Comunicación Social, DIMECOSA. 1999.
2. Asociación Pro-Bienestar de la Familia, PROFAMILIA de Nicaragua. *Encuesta de Salud Familiar 92-93*. Managua: PROFAMILIA, 1992.
3. Asociación Pro-Bienestar de la Familia, PROFAMILIA. *Proyecto de Diversificación y vía hacia la Autosostenibilidad*. Managua: PROFAMILIA/USAID. 1998.
4. Fisher, Andrew, Laing, John, Stoeckel, John and Townsend, John. *Manual para el Diseño de la Investigación Operativa en Planificación Familiar*. 2ª. Ed. México: Population Council/USAID. 1995.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). *Estado de la Población Mundial*. Nicaragua. Resumen Ejecutivo. Septiembre 1998.
6. Foreit, James y Frejka, Tomas. *Investigación Operativa en Planificación Familiar. Lecturas Selectivas: El Impacto de la Publicidad en medios masivos sobre un Programa de Esterilización Masculina* (Foreit Et. Al.). Nueva York: Population Council. 1999.
7. García Núñez, José. *Evaluación de Programas de Planificación Familiar*. PROFAMILIA: Pathfinder International. 1996.
8. Hernández Sampieri Et. al. *Metodología de la Investigación*. México: Mc.Graw Hill. 1998.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *VII Censo Nacional de Población y III de la Vivienda. Nicaragua*. Managua, Nic.: 5 de Abril, 1995.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998 (ENDESA-98)*. Managua: INEC. 1998.
11. Ministerio de Acción Social (MAS). *Estudio de la Pobreza. Medición de la Pobreza (Tomo II)*. Managua: MAS, Junio 1996.
12. Population Reference Bureau. *Cuadro de la Población Mundial 1999*. Datos y cálculos demográficos sobre los países y regiones del mundo. MEASURE Communication. EU: Edición en Folleto. 1999.

13. Population Reports. Programas de Planificación Familiar. *¿Funciona el Mercadeo Social?* Serie J Número 21. Enero 1981.
14. Population Reports. Programas de Planificación Familiar. *Mercadeo Social de Anticonceptivos: Lecciones de la experiencia.* Serie J Número 30. Agosto 1986.
15. Proyecto Estado de la Región. *Informe del Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible.* San José, C.R.: Proyecto Estado de la Nación. 1999.
16. Rossi, Peter H., Freeman, Howard E. y Lipsey, Mark W. *Evaluation. A Systematic Approach.* Thousand Oaks, Cal.: SAGE Publications, Inc. 6a. Ed. 1999.
17. Sandino M., María E. *Evaluación Integral del Programa de Atención a Jóvenes del Centro Antonio Valdivieso.* Tesis de Monografía. Managua: Universidad Centroamericana, UCA. 1995.

A N E X O S

SOMOS ESPECIALISTAS



*"Más soluciones,
en un solo lugar"*



PROFAMILIA

Anexo No. 2
Campaña Institucional "Nueva Imagen de PROFAMILIA"
Plan de Acción, 1999

OBJETIVO GENERAL: Posicionar a PROFAMILIA como institución que ofrece una amplia gama de servicios y productos de Salud de alta calidad a bajo costo para mujeres, hombres, niños y adolescentes.

SESES	OBJETIVO	ESTRATEGIA	CONTENIDO	RESULTADOS		FECHA
				INMEDIATOS	DISTALES	
	CAMPAÑA-PROFAMILIA	A. Pre-diagnóstico				
	1. Promover la nueva imagen de la institución, con una atmósfera de aceptación, credibilidad y buena voluntad.	1. Análisis de cuestionarios a todo el personal de PROFAMILIA.	Informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la población meta sobre la nueva imagen de Profamilia y la amplia gama de servicios y productos de salud que se ofrecen a los hombres, mujeres, niños y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de actitud de la población hacia la imagen y quehacer de la institución 	Mayo y Junio 1999
	2. Dar a conocer los productos y servicios para hombres, mujeres, niños y adolescentes.	2. Visitas y discusiones con los Centros Regionales.	Educativo			
	3. Incrementar el uso de los servicios y productos de Profamilia.	3. Observaciones de campo.	Humano			
		B. Difusión masiva de la Campaña institucional.		<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la demanda de los servicios y productos de Profamilia. 		
		1. Medios masivos: Prensa, Televisión y Radio.				
		2. Publicidad exterior: vallas en carreteras.				
		3. Publicidad alternativa: afiches, folletos, gorras, camisetas, calcomanías, lapiceros y llaveros.				

ASES	OBJETIVO	ESTRATEGIA	CONTENIDO	RESULTADOS		FECHA
				INMEDIATOS	DISTALES	
II.	<p>CAMPAÑA INFORMATIVA ENDESA-98</p> <p>1. Sensibilizar a líderes locales, juveniles, representantes de organizaciones civiles, religiosas, educativas, informativas y autoridades nacionales y locales competentes en la toma de decisiones, evaluación y formulación de planes y proyectos destinados a contribuir a la solución de los problemas de Fecundidad, Planificación Familiar, Materno Infantil y SIDA, que afectan la calidad de vida de los nicaragüenses, sobre los cuales PROFAMILIA incide por la labor que desarrolla a nivel nacional.</p>	<p>Promoción y Difusión masiva de los resultados más relevantes de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998 (ENDESA 1998)/*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Producción de materiales 2. Seminario-Taller con periodistas. 3. Seminario-Taller regionales con líderes juveniles, representantes de organismos de Gobierno y ONG's. 4. Divulgación de eventos. 	<p>Informativo y Comunicativo. /*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ciudadanía en general reconocerá los problemas de salud más urgentes en Nicaragua. • Las instituciones relacionadas con el campo de la salud, reconocerán la importancia de ejecutar acciones que incidan positivamente en el bienestar de la familia nicaragüense. 		<p>Julio y Agosto 1999</p>
II.	<p>CAMPAÑA DE PREVENCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover los servicios y productos de PROFAMILIA y las acciones relacionadas con el embarazo a temprana edad y a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. 2. Elevar los conocimientos de la población meta sobre temas de salud sexual y reproductiva, a fin de mejorar las actitudes y prácticas de prevención. 	/*	/*	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento del nivel de conocimiento de la población sobre salud sexual y reproductiva. • Aumento de la demanda de los servicios y productos que ofrece la institución. 	<p>Cambios en las actitudes y prácticas de prevención de salud sexual y reproductiva, en la población en general.</p>	<p>Septiembre y Octubre 1999</p>

ASES	OBJETIVO	ESTRATEGIA	CONTENIDO	RESULTADOS		FECHA
				INMEDIATOS	DISTALES	
IV.	CAMPAÑA NIÑO SANO 2000 1. Promover el servicio de Pediatría en los Centros Regionales y promocionar la introducción de los servicios de laboratorio clínico y botiquín.	A. Difusión masiva 1. Medios masivos: Prensa, Televisión y Radio. 2. Publicidad alternativa: afiches, folletos, mantas y perifoneo.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción: Consulta pediátrica y exámenes de laboratorio para niños a mitad de precio. • Tratamiento desparasitante y un juguete gratis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de un 100% de las consultas pediátricas. • Reconocimiento y uso del servicio de laboratorio clínico y botiquín por parte de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las prácticas de prevención de las madres hacia la salud de los niños. 	15 Noviembre al 31 de Diciembre 1999

/* : Pendientes de ejecución.

Fuente: DIMECOSA-PROFAMILIA, 1999.

Anexo No. 3

**Encuesta a Pobladores
sobre la Campaña Institucional de
PROFAMILIA, Febrero, 2000**

15) Conoce Ud. el logotipo* de Profamilia?	Si [] ___/ No [] ___/
Podría describirlo? → <i>*Logo: Dibujo que identifica a Profamilia.</i>	1. Una madre, padre, niño y niña [] ___/ 2. Una madre, padre y un niño [] ___/ 3. Una familia [] ___/ 4. Otro _____
16) Ha visto este logotipo? (Enseñe logo a todos)	1. Menciona que es de Profamilia [] ___/ 2. Dice que si lo he visto [] ___/ 3. Nuevamente dice no lo ha visto [] ___/
17) Recuerda la frase de la propaganda de Profamilia?	Si [] ___/ No [] ___/ (Pase a la #18)
Qué decía? →	
18) Ha escuchado Ud. la frase "Más soluciones en un solo lugar"?: (Si no la recuerda)	Si [] ___/ No [] ___/
19)Cuál es el mensaje de esta frase? →	
20) Ud. recuerda los mensajes de la propaganda de Profamilia?	Si [] ___/ No [] ___/ (Pase a la #22)
Qué mensajes se recuerda? →	
21) Le gustó la propaganda?	Si [] ___/ No [] ___/
Qué fue lo que más le gustó? →	
Y lo que menos le gustó? →	
22) En los últimos seis meses vio o escuchó propaganda de otros centros?	Si [] ___/ No [] ___/
De cuál? →	1. Hospital Bautista [] ___/ 2. Salud Integral [] ___/ 3. Otro _____
III. RECONOCIMIENTO SOBRE PROFAMILIA Y SUS SERVICIOS	
23) Conoce Ud. una clínica de Profamilia?	Si [] ___/ No [] ___/ (Pase a la #25)
24) Dónde está ubicada?	
25) Conoce a un promotor de Profamilia?	Si [] ___/ No [] ___/
26) Sabe Ud. a quiénes brinda servicios Profamilia? (Marque todas las respuestas posibles)	1. A Mujeres [] ___/ 2. Hombres [] ___/ 3. Niños [] ___/ 4. Jóvenes [] ___/ 5. A toda la familia [] ___/ 6. Otro: _____
27) Sabe Ud. si Profamilia es una institución: (Marque una sola respuesta)	1. Del Gobierno [] ___/ 3. ONG [] ___/ 2. Privada [] ___/ 4. No sabe [] ___/
28) Ha hecho uso de los servicios de Profamilia en los últimos seis meses? (Después de iniciada la Campaña)	Si [] ___/ No [] ___/ (En ambas respuestas, pase a la # 29)
29) Ha asistido a las clínicas de Profamilia en el pasado? (Antes de haberse iniciado la Campaña)	Si [] ___/ (Pase a la # 31) No [] ___/ (Pase a la # 30)

30) Si no ha hecho uso de los servicios de Profamilia: Por qué no asiste? (No Usuarías)	1.Utiliza los servicios de Centro de Salud, Hospital, Clínica Privada, o medicina natural [] ___/
	2.No tiene posibilidades económicas [] ___/
	3.No sabía de los servicios de Profamilia [] ___/
	4.No ha necesitado de los servicios [] ___/
	5.Otra razón

31) RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS	¿Qué tipo de servicio ha recibido Usted anteriormente?		¿Conoce Usted qué tipo de servicios ofrece Profamilia?	Sabe Usted que en Profamilia también...			
	(Usuaría de seis meses atrás)	(Usuaría del pasado)	(No Usuaría)	Usuaría		No Usuaría	
				SI	NO	SI	NO
Se brinda consulta general .	1	1	1				
Brinda servicios de atención ginecológica .	2	2	2				
Brinda servicios de laboratorio .	3	3	3				
Las mujeres pueden hacerse un papanicolao .	4	4	4				
Hombres pueden detectarse Ca. de próstata .	5	5	5				
Una mujer puede hacerse una mamografía .	6	6	6				
Se atienden partos .	7	7	7				
Se atiende el control pre y post-natal	8	8	8				
Se brindan consultas para niños .	9	9	9				
Se hacen ultrasonidos .	10	10	10				
Se da servicio de orientación psicológica .	11	11	11				
Se atienden enfermedades venéreas o ETS	12	12	12				
Se brinda orientación s/métodos anticoncep.	13	13	13				
Existe la venta de métodos anticonceptivos .	14	14	14				
Existe el servicio de venta de medicamentos .	15	15	15				
Brindan charlas educativas a la población.	16	16	16				
Tiene una biblioteca con temas de salud.	17	17	17				
Tiene un cine móvil p/educar a la población.	18	18	18				
Tiene un club juvenil .	19	19	19				

32) Cómo supo sobre los servicios que ofrece Profamilia? (Usuarías y No Usuarías)

- | | | |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. Radio [] ___/ | 6.Folletos/Posters [] ___/ | 11.Promot.Comunit. [] ___/ |
| 2. Televisión [] ___/ | 7.Perifoneo [] ___/ | 12.Otro usuario [] ___/ |
| 3. TV/Cable [] ___/ | 8.Volante [] ___/ | 13.Familiar [] ___/ |
| 4. Cine Móvil [] ___/ | 9.Personal de Profam. [] ___/ | 14.Amigo [] ___/ |
| 5. Rótulo [] ___/ | 10.Club Juvenil [] ___/ | 15.Otro _____ |

33) Alguna sugerencia o recomendación? _____

Muchas Gracias.-

Nombre del Enumerador: _____ Código: ___/ Fecha: ___/___/00
 Firma del Supervisor: _____ Observación: _____
 Boleta: 1. Revisada: [] 2. Criticada [] 3. Grabada [] 4. Verificada []

Municipio	Urbano	Rural	Municipio	Urbano	Rural
Masaya	0730	8020	Estelí	0520	8140
	0610	8170		0200	8211
	0050			0720	
Jinotega	0011	8040	Tipitapa	0201	8220
	0180	8120		0322	
		8150			
Matagaipa	0131	8190	San Isidro		8020
	0291	8050			
	0360	8110			
Ocotal	0120		Granada	0360	8110
	0061			0090	
	0080			0250	
León	0300	8360	Chinandega	0410	8000
	0040	8330		0680	8160
	1210	8300		0430	
	0840			8090	
Juigalpa	0280	8120	Santo Domingo		0020
	0180	8090			
Rivas	0250	8100	Diriamba	0070	8070
	0390	8040		0150	
Teustepe		8191	Santa Lucía		8070
San Marcos	0010		Santa Teresa		8030
Dolores	0020		El Sauce	0020	8030
La Paz Centro	0140	8050	Totogalpa		8020
San José de Cusmapa		8011	Somotillo		8161
El Viejo	0250 0190	8360	Santo Tomas del Norte		8020
Managua Distrito 1	0431	9610	Managua Distrito 2	1210	
	0230			1481	
				0760	
				1675	
Managua Distrito 3	2110	9580	Managua Distrito 4	6504	
	2830			6971	
	2660			7210	
	2470			7470	
	2250			7721	
				8220	
				7971	
				6760	
Managua Distrito 5	3132		Managua Distrito 6	4830	9030
	4520			8382	
	4404			6350	
	4191			6042	
	4032			5793	
	3070			5580	
	3681			5291	
	3522			5071	
3550					

Anexo No. 5

**Programa de Salidas y Cronograma de
Levantamiento de la Encuesta sobre la
Campaña de PROFAMILIA**

PROGRAMACION DE SALIDAS A DEPARTAMENTOS

Recolección de Datos de Encuesta a Pobladores sobre
Evaluación de la Campaña Institucional de Profamilia

FECHA	HORA	DE SALIDA	LUGAR TRABAJO DE CAMPO	DE REGRESO
Lunes 14.Feb.00	06:30 a.m.	Managua	La Paz Centro Chinandega	Chinandega
Martes 15.Feb.00	06:30 a.m.	Chinandega	El Viejo, Villanueva, Somotillo, Sto.Tomás	León
Miércoles 16.Feb.00	06:30 a.m.	León	León Urbano y León Rural	León
Jueves 17.Ene.00	06:30 a.m.	León	La Paz Centro Managua	Managua
Viernes 18.Feb.00	06:30 a.m.	Managua	Somoto, Totogalpa y Sn.José Cusmapa	Ocotal
Sábado 19.Feb.00	06:30 a.m.	Ocotal	Ocotal	Estelí
Domingo 20.Feb.00	06:30 a.m.	Estelí	Estelí	Estelí

PROGRAMACION DE SALIDAS A DEPARTAMENTOS

Recolección de Datos de Encuesta a Pobladores sobre
Evaluación de la Campaña Institucional de Profamilia

FECHA	HORA	DE SALIDA	LUGAR TRABAJO DE CAMPO	DE REGRESO
Lunes 21.Feb.00	07:30 a.m.	Estelí	San Isidro y Jinotega	Matagalpa
Martes 22.Feb.00	07:45 a.m.	Matagalpa	Matagalpa	Matagalpa
Miércoles 23.Feb.00	07:15 a.m.	Matagalpa	Boaco y Sta. Lucía	Boaco
Jueves 24.Feb.00	07:00 a.m.	Boaco	Juigalpa	Juigalpa
Viernes 25.Feb.00	07:00 a.m.	Juigalpa	Cofradía, Tipitapa, Managua	Managua
Sábado 26.Feb.00	07:00 a.m.	Managua	Managua	Managua
Domingo 27.Feb.00	07:00 a.m.	Managua	Managua	Managua

PROGRAMACION DE SALIDAS A DEPARTAMENTOS

Recolección de Datos de Encuesta a Pobladores sobre
Evaluación de la Campaña Institucional de Profamilia

FECHA	HORA	DE SALIDA	LUGAR TRABAJO DE CAMPO	DE REGRESO
Lunes 28.Feb.00	07:00 a.m.	Managua	Carazo	Managua
Martes 29.Feb.00	06:30 a.m.	Managua	Rivas	Rivas
Miércoles 01.Mar.00	06:30 a.m.	Rivas	Masaya	Managua
Jueves 02.Mar.00	07:00 a.m.	Managua	Granada	Managua
Viernes				

Regression

Regression

Variables Entered/Removed^d

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	EXPOC2, Zona de Procedencia, Sexo , Usa Métodos Ant., Frecuencia/Escucha la Radio, Exposición a Propaganda- Otros Centros, Trabaja, Frecuencia/ve TV, EXPOC1		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: CONO

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,698 ^a	,487	,483	2,26

a. Predictors: (Constant), EXPOC2, Zona de Procedencia, Sexo , Usa Métodos Ant., Frecuencia/Escucha la Radio, Exposición a Propaganda- Otros Centros, Trabaja, Frecuencia/ve TV, EXPOC1

b. Dependent Variable: CONO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5771,287	9	641,254	125,409	,000 ^a
	Residual	6084,843	1190	5,113		
	Total	11856,130	1199			

a. Predictors: (Constant), EXPOC2, Zona de Procedencia, Sexo , Usa Métodos Ant., Frecuencia/Escucha la Radio, Exposición a Propaganda- Otros Centros, Trabaja, Frecuencia/ve TV, EXPOC1

b. Dependent Variable: CONO

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	,708	,224		3,160	,002		
	Sexo	,589	,137	,094	4,316	,000	,915	1,093
	Trabaja	,417	,135	,066	3,090	,002	,936	1,069
	Usa Métodos Ant.	,508	,135	,079	3,758	,000	,966	1,035
	Exposición a Propaganda-Otros Centros	,598	,137	,094	4,372	,000	,925	1,082
	Zona de Procedencia	,321	,146	,048	2,198	,028	,887	1,128
	Frecuencia/Escucha la Radio	-,319	,160	-,043	-1,995	,046	,931	1,074
	Frecuencia/ve TV	,675	,163	,096	4,148	,000	,813	1,231
	EXPOC1	3,924	,176	,595	22,32	,000	,607	1,649
	EXPOC2	5,949	,240	,662	24,84	,000	,608	1,646

a. Dependent Variable: CONO

Residuals Statistics^a

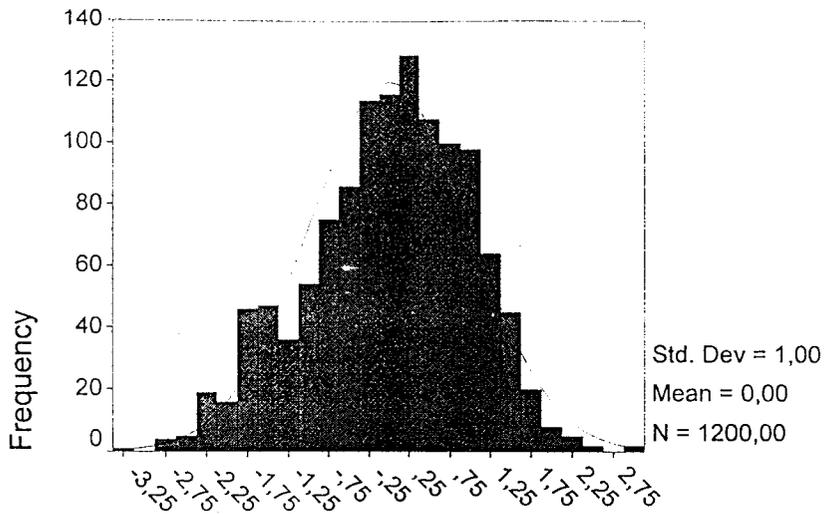
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,39	9,77	5,63	2,19	1200
Std. Predicted Value	-2,391	1,883	,000	1,000	1200
Standard Error of Predicted Value	,15	,31	,20	3,21E-02	1200
Adjusted Predicted Value	,38	9,79	5,63	2,19	1200
Residual	-7,14	6,69	1,09E-15	2,25	1200
Std. Residual	-3,159	2,958	,000	,996	1200
Stud. Residual	-3,172	2,971	,000	1,000	1200
Deleted Residual	-7,20	6,75	7,89E-05	2,27	1200
Stud. Deleted Residual	-3,185	2,981	,000	1,001	1200
Mahal. Distance	4,378	21,665	8,993	3,103	1200
Cook's Distance	,000	,009	,001	,001	1200
Centered Leverage Value	,004	,018	,007	,003	1200

a. Variable Dependiente: Conocimiento de Campaña

Charts

Histograma

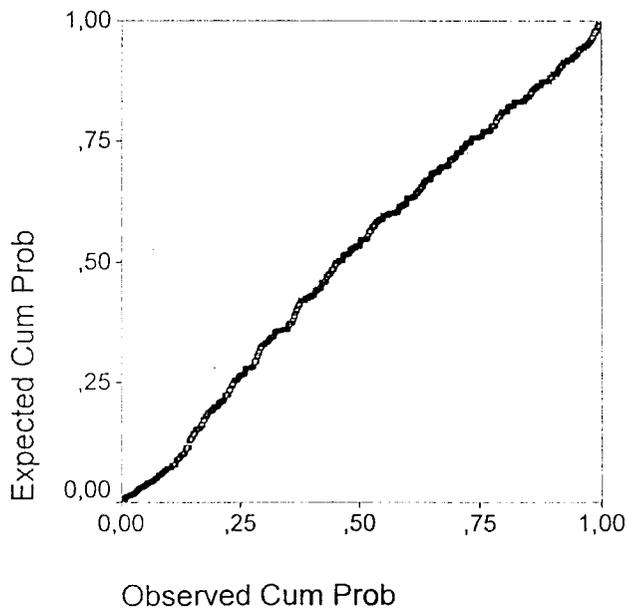
Conocimiento de la Campaña



Regression Standardized Residual

Gráfico de Probabilidad Normal

Conocimiento de Campaña



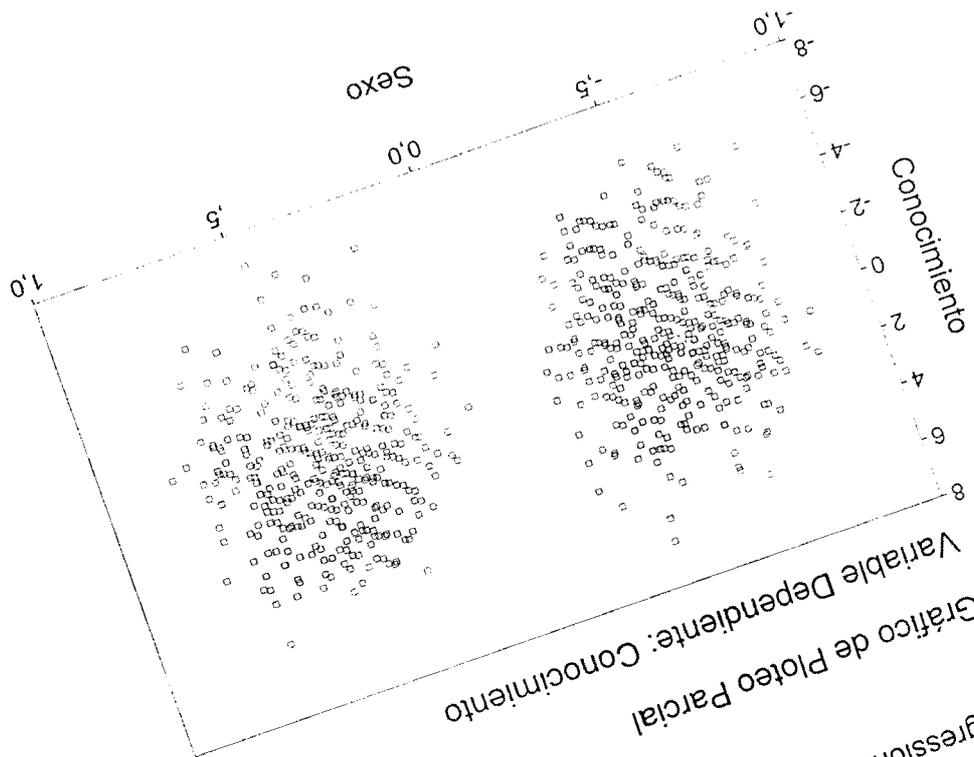
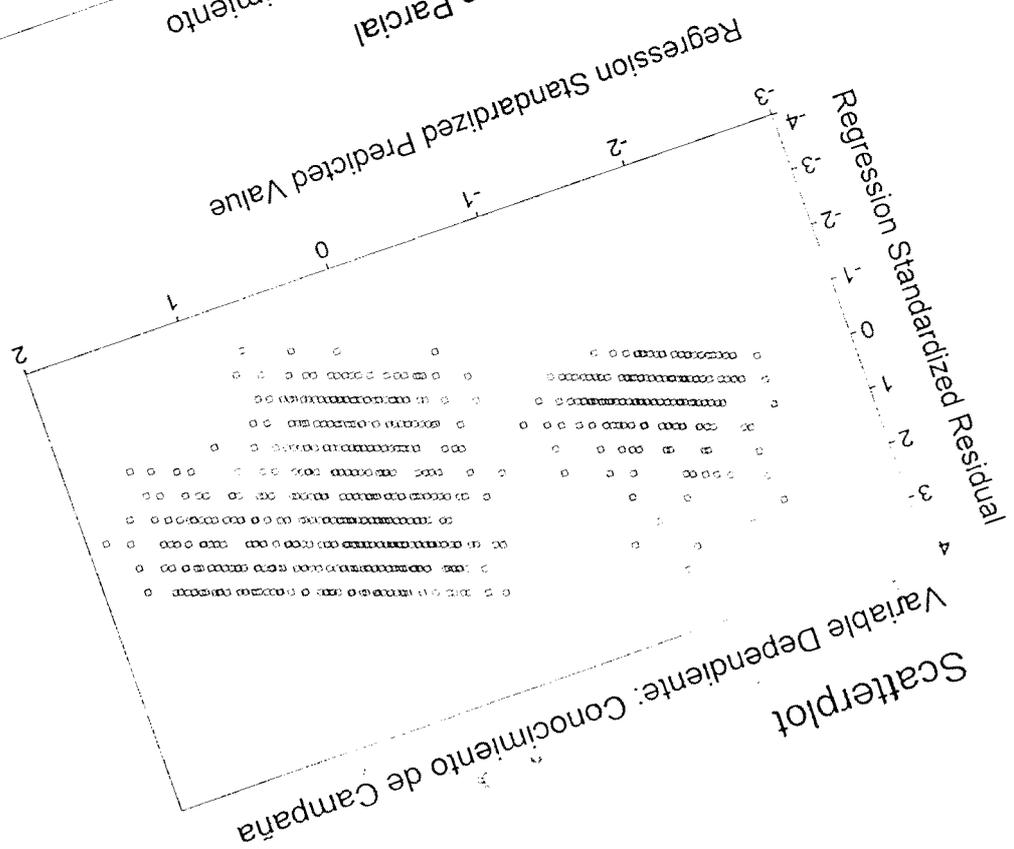


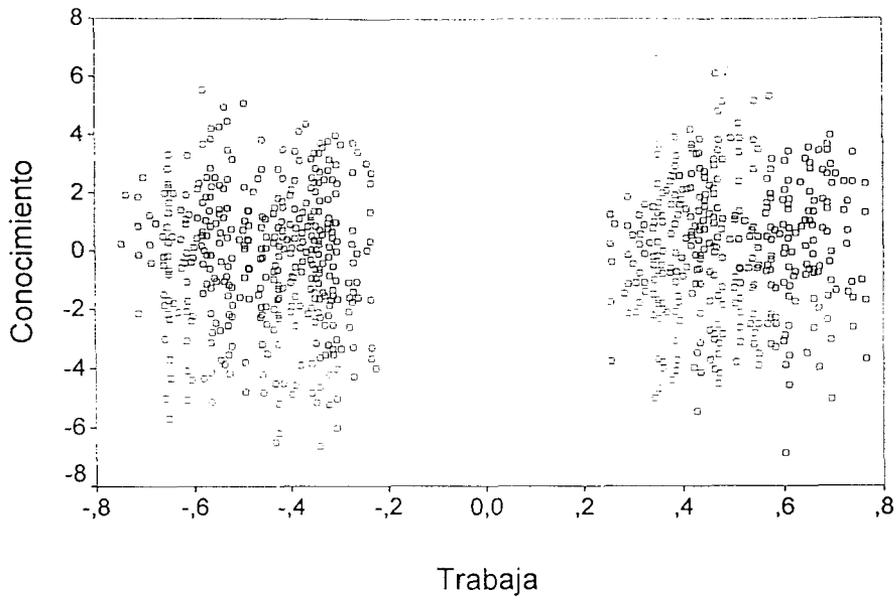
Gráfico de Ploteo Parcial
Variable Dependiente: Conocimiento



Scatterplot
Variable Dependiente: Conocimiento de Campaña

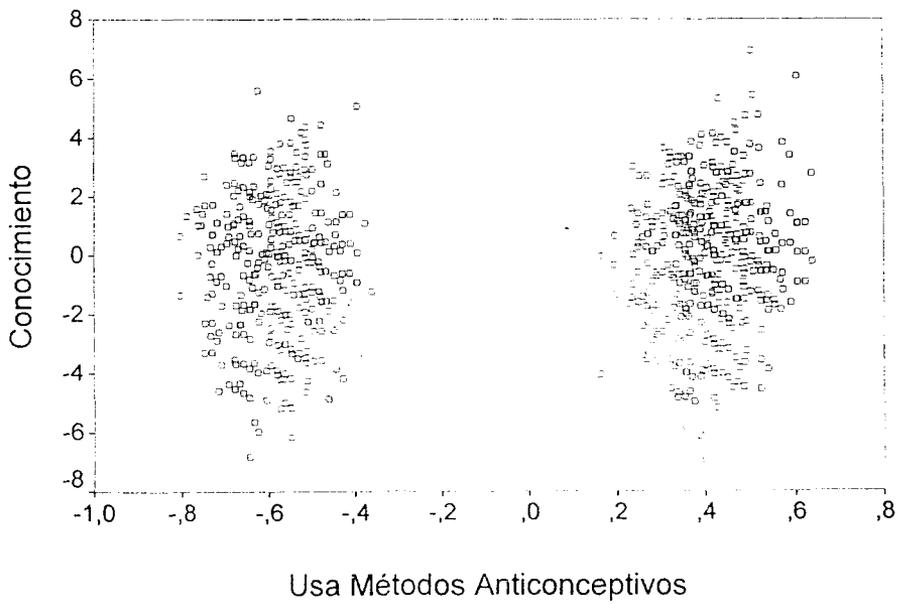
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



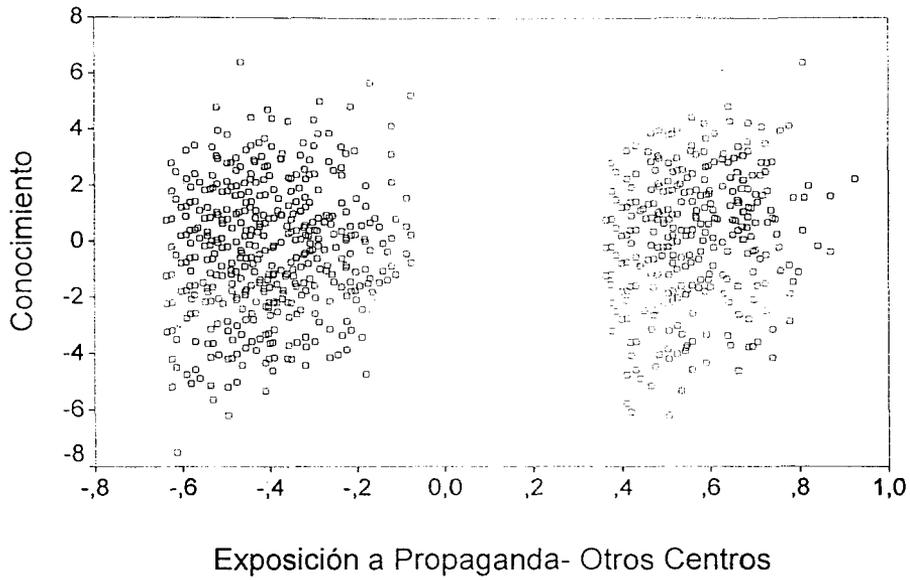
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



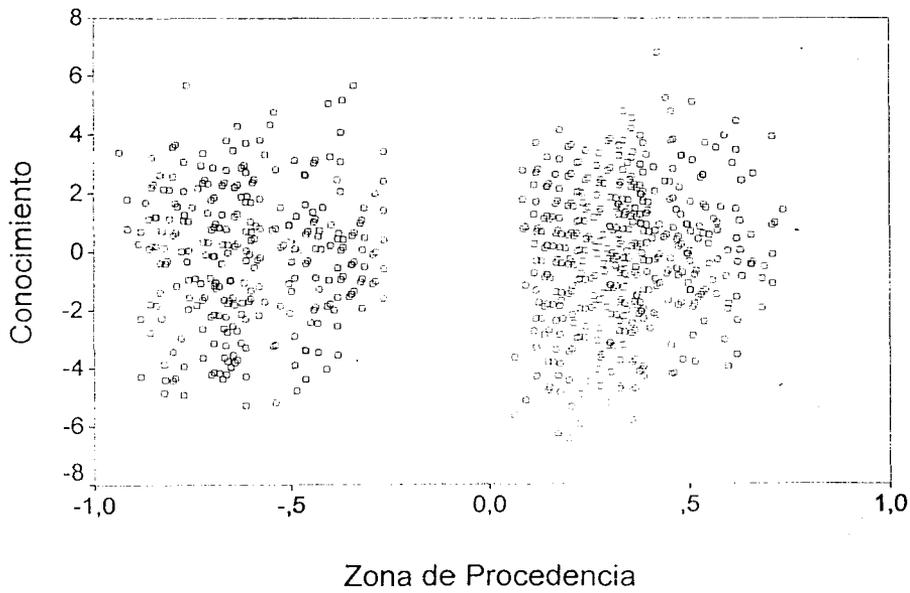
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



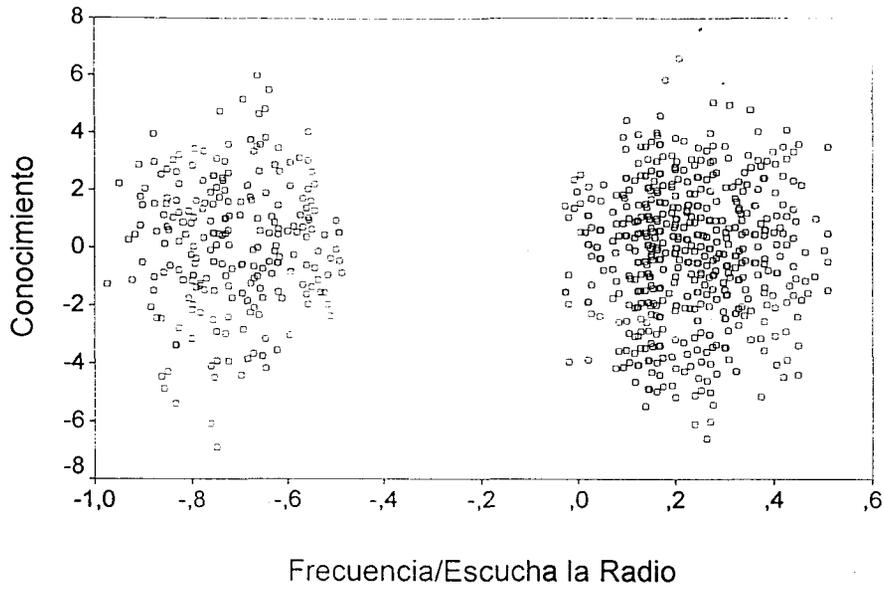
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



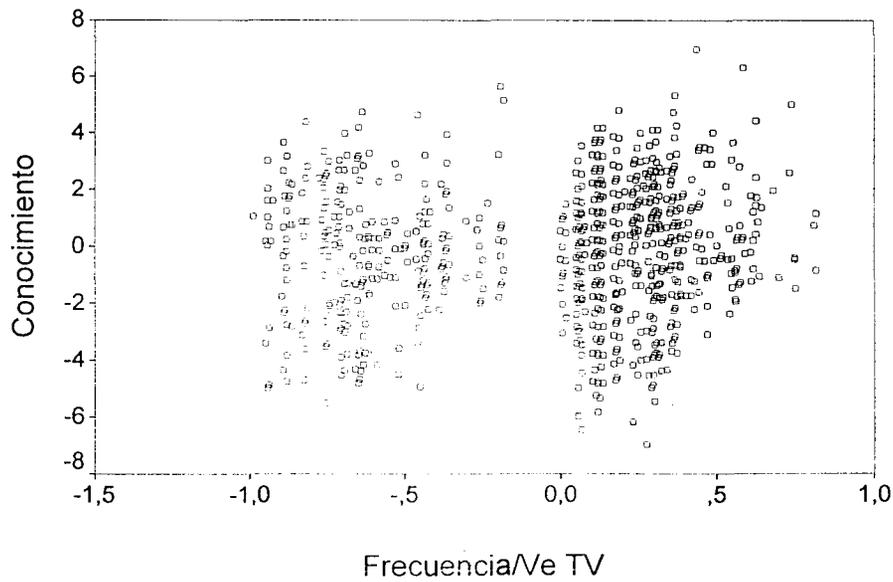
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



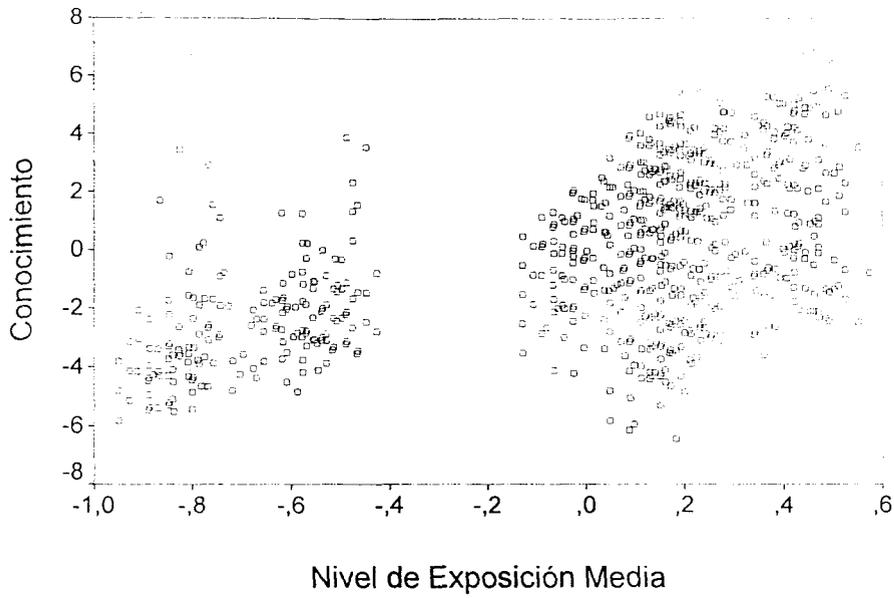
Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento



Ploteo Parcial

Variable Dependiente: Conocimiento

