Zaida Soto G.

AMERICA LATINA: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, 1975

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

CELADE

Santiago de Chile

Diciembre de 1977

Zaida Soto G.

AMERICA LATINA: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, 1975

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

CELADE

Serie A, N° 160 Santiago de Chile Diciembre de 1977

I N D I C E

Indice de cuadros y gráficos

Página

Cuadro

Gráfico

RESUMEN

El desarrollo creciente de los programas de planificación de la familia es un tema de actualidad y de interés para vastos sectores de la población, tanto por los beneficios que se estima comportan en Salud Pública, como por las consecuencias sociales que implica el hecho de planificar la familia.

El Centro Latinoamericano de Demografía, consciente de la importancia de la planificación de la familia en América Latina, ha considerado adecuado publicar anualmente un documento que resuma las actividades de los programas de los países de la región. También, se ha estimado pertinente colaborar en forma técnica con los programas, mediante el desarrollo y presentación de metodologías que posibiliten la evaluación de los logros obtenidos a través del tiempo.

En el presente documento, además de analizarse la información proporcionada por los diferentes programas de 1975, se desarrolla una metodología simplificada para estimar el número de mujeres activas en el uso de anticonceptivos. La aplicación práctica a países seleccionados permite medir los logros alcanzados en ellos en cuanto a incremento de coberturaen el quinquenio 1970-1975.

SUMMARY

The growing development of family planning programmes is a topical issue of interest to wide sectors of the population, both because of the benefits which these programmes are felt to bring in the field of public health and because of the social consequences of family planning.

The Latin American Demographic Centre is fully aware of the importance of family planning in Latin America and has therefore considered it desirable to bring out an annual publication summarizing the activities effected under the programmes of the countries of the region. It also considers it appropriate to provide technical co-operation with these programmes by developing and presenting methodologies to permit the evaluation of the results achieved in given periods of time.

The present document, as well as analysing the information provided by the various programmes for 1975, describes a simplified methodology for estimating the nunber of women actively using contraceptives. The practicel application of this methodology to selected countries makes possible to measure the results achieved in them as regards extension of coverage over the five year period 1970-1975.

INTRODUCCION

El inicio de las actividades de los programas de planificación de la familia correspondió, en la mayoría de los países de América Latina, a una acción privada de agrupaciones médicas para las cuales el propósito fundamental fue de carácter educativo. Esta labor pionera permitió, entre otras cosas, que la práctica abortiva dejara de ser considerada por las parejas como el único medio de evitar un hijo no deseado. El énfasis dado a la paternidad responsable, vigente hasta la fecha en la mayoría de los programas, tiene por objeto conseguir un mayor bienestar de la familia y una disminución de los daños a la salud de la madre, tanto en lo psíquico como en lo físico. Por otra parte, los programas de planificación de la familia están logrando, a través del tiempo, que las parejas definan un comportamiento en relación a su fecundidad en forma individual.

La motivación creada por las acciones de los programas pioneros en los países ha permitido la expansión de la planificación de la familia, tanto a nivel de instituciones particulares como gubernamentales. Por la amplitud de su cobertura cabe destacar los programas de los Ministerios de Salud Pública y los de las Cajas de Seguridad de Empleados.

La expansión creciente de la cobertura geográfica de los programas de planificación de la familia ha creado la necesidad de detectar el grado de eficiencia administrativa desarrollada a través de las diversas clínicas. Para ello se han desarrollado sistemas de estadísticas de servicio que recogen información sobre los diversos tipos de actividades llevadas a cabo y características de las usuarias. Los datos proporcionados por estos sistemas permiten a los programas jóvenes hacer los ajustes necesarios no sólo en lo administrativo, sino en la formulación de sus metas. En la medida que los programas tienen una vida operativa mayor, más de dos años, los sistemas de estadísticas de servicio les permiten evaluar los beneficios que están logrando en la salud y bienestar de la madre, el niño y la familia en general.

En este sentido será necesario investigar si la población que se está captando corresponde a la población sujeto de programa, lo cual presupone la existencia de información adicional respecto a las mujeres en edad fértil. Posteriormente, y previa elaboración de metodologías adecuadas, será posible evaluar los impactos demográficos y de costo-beneficio en relación a las políticas nacionales de desarrollo.

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) frente a los aspectos de evaluación antes mencionados, está prestando asistencia técnica a los países para la evaluación de los logros de los programas. En este sentido ha venido desarrollando una serie de Seminarios sobre temas específicos de evaluación. Asímismo, se han elaborado documentos metodológicos que consideran, con la debida ponderación, el tipo de información disponible en los países. El documento que ahora se presenta cae dentro de esta línea de pensamiento ya que en él se incursiona un poco en el análisis y evaluación de los programas mediante la aplicación de las técnicas ya presentadas en Seminarios y publicaciones anteriores del CELADE.

El capítulo primero se refiere a la cobertura de la información disponible en 1975 y las limitaciones que ésta presenta para un análisis global de los programas.

El segundo capítulo contiene el análisis de la información de actividades desarrolladas y características de las aceptantes.

En el capítulo final se presenta una metodología simplificada para estimar el volumen de mujeres activas en el programa, año por año, ejemplificándose para algunos países a base de información de continuidad de El Salvador y Chile.

Esperamos que este esfuerzo cuente con el apoyo de los programas de planificación de la familia en el sentido de proporcionarnos la información básica necesaria que nos permita cooperar en la evaluación de los logros obtenidos por estos programas en América Latina.

I. COBERTURA DE LA INFORMACION

1. La información que se analizará en los capítulos siguientes se basa en los datos que envían a CELADE los diversos programas de planificación de la familia, a través de un cuestionario que se presenta en el Apéndice I. Los problemas de completabilidad de los datos emanan de dos fuentes: la primera, que se refiere a la falta de información de los programas a CELADE y, la segunda que dice relación con la carencia de disponibilidad total de los datos solicitados. En cuanto a la información recibida correspondiente al año 1975, cabe señalar los siguientes puntos:

1.1. Los países que se encuentran representados por el total de los programas que en ellos operan son: Bolivia, Costa Rica, Chile, el Ecuador, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana.

En el caso del Brasil, informa el programa de mayor magnitud del país: BEMFAM, filial de la IPPF. La Sociedade de Assistencia a Familia y Sociedade Brasileira de Reproducao Humana también desarrollan actividades en el campo de la planificación de la familia, pero se desconoce, a la fecha de este informe, el tipo de ectividades que realizan.

En el Perú, al cesar las actividades de la Asociación Peruana de Planificación de la Familia, la Asociación de Trabajo Laico Familiar, organismo para el cual disponemos de información dependiente del Arzobispado, pasa a ser el programa de mayor importancia en el país. En cuanto a la Asociación para el Desarrollo Integral de la Familia, no conocemos el tipo de actividades que realizan.

En el Uruguay se dispone de información de la Asociación Uruguaya de Planificación de la Familia e Investigaciones sobre Reproducción Humana. Existen otras dos instituciones que estarían realizando actividades de planificación de la familia en este país: la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y el Centro Nacional de Planificación Familiar, pero no disponemos de mayor información sobre sus actividades.

Durante 1975, en la Argentina no operó ningún programa de planificación de la familia.

1.2. Los países para los cuales no se cuenta con información para todos los programas son:

Colombia: no se dispone de información del Ministerio de Salud Pública, que en cuanto a aceptantes en el año 1974 representaba alrededor del 43 por ciento del total nacional.

Guatemala: no se dispone de información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ni del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que en conjunto representaban aproximadamente el 50 por ciento del ingreso total en 1970.

Honduras: no se dispone de información del Ministerio de Salud, que en 1972 representaba alrededor del 57 por ciento del total del ingreso nacional

México: Desde 1968 no se dispone de información del Instituto Mexicano de Seguridad Social. De la Fundación para Estudios de Población (FEPAC), institución privada que presta servicios desde 1966, sólo podemos informar que en 1973 tenía un ingreso de 51 639 mujeres, ya que desde ese año no hemos recibido respuesta a nuestra solicitud de datos. Habiéndose incrementado notablemente el programa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los años 1973 a 1975, no se puede hacer hipótesis válidas respecto a la importancia relativa que tienen en la actualidad los programas antes mencionados.

Paraguay: no se dispone de datos respecto a las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salubridad y Bienestar Social; sin embargo, información no oficial hace suponer como válido que el programa llevado a cabo por el Centro Paraguayo de Estudios de Población sigue siendo el programa de mayor cobertura nacional en 1975.

Venezuela: las clínicas de la Asociación Venezolana de Planificación Familiar, que captaban alrededor del 90 por ciento del total de mujeres ingresadas en 1973, fueron pasando a depender del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a partir de 1974, mediante un convenio suscrito por ambos organismos. Tal vez, debido al proceso administrativo que esto implica, no hemos podido contar con información para 1975.

1.3 A fin de contar con una visión general de la información disponible para los países enumerados en el punto 1.2, se presenta un resumen de la

importancia relativa del ingreso a cada uno de ellos en el año más reciente del cual se dispone de datos. (Véase el cuadro 1).

1.4. Suponiendo que la importancia relativa de los ingresos de años recientes se hubiera mantenido en 1975, para los programas de los que no se dispone de información se puede hacer una estimación máxima del ingreso total de este año. (Véase el cuadro 2). Los ingresos informados corresponderían a un 70,3 por ciento, valor que podemos considerar como mínimo probable por las razones expuestas en el punto 1.2.

2. La exclusión de algunos programas en los cuadros 3 a 9 reflejarán la falta de disponibilidad del dato específico para el año 1975.

Cuadro 1

AMERICA LATINA: IMPORTANCIA RELATIVA DEL INGRESO A LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, DE PAISES PARA LOS QUE NO SE CUENTA CON INFORMADION COMPLETA PARA 1975, POR ULTIMO AÑO INFORMADO, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES

Países e Instituciones	Ingresos Absoluto	Ingresos Relativo	Año de referencia
Colombia			1974
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana a/	121 470	57,0	
Ministerio de Salud Publica	91 656	43,0	
El Salvador			1973
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	18 183	55,9	
Instituto Salvadoreño del Seguro Social a/	7 179	22,1	
Asociación Demográfica Salvadoreña a/	7 170	22,0	
Guatemala			1970
Ministerio de Salúd Publica y Asistencia Social	10 484	47,1	
Asociación Pro-Bienestar de la Familia a/	11 069	49,7	
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	709	3,2	
Honduras			1972
Ministerio de Salud	12 920	57,5	
Asociación Hondureña de Planificación Familiar a/	9 536	42,5	
México			1973
Fundación para estudios de la población	51 039	55,6	
Secretaría de Salubridad y Asistencia a/	38 218	41,7	
Asociación Pro-Salud Maternal A.C.	2 449	2,7	
Paraguay			1973
Centro Paraguayo de Estudios de Población a/	6 417	48,6	
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	6 800	51,4	
Venezuela			1974
Maternidad Concepción Palacios a/	5 836	7,9	
Asociación Venezolana de Planificación Familiar	67 965	92,1	

Fuente: Soto, Z., América Latina: Situación de los Programas de Planificación de la Familia hasta 1973, CELADE, Serie A, N° 130, abril, 1975.

Soto, Z., América Latina: Actividades Desarrolladas por los Programas de Planificación de la Familia, 1974, CELADE, Serie A, N° 144, julio, 1976.

a/ Información disponible para 1975.

Cuadro 2

AMERICA LATINA: INGRESOS INFORMADOS E INGRESOS ESTIMADOS, SEGUN PAISES, 1975

Países	Ingresos informados	Ingresos estimados
Bolivia	2 682	2 682
Brasil	203 618	203 618
Colombia	75 521	132 493
Costa Rica	30 840	30 840
Chile	222 094	222 094
Ecuador	35 323	35 323
El Salvador	10 264	23 274
Guatemala	9 123	18 536
Honduras	8 820	20 753
México	193 199	416 377
Nicaragua	19 188	19 188
Panamá	11 512	11 512
Paraguay	7 575	15 586
Perú	2 534	2 534
República Dominicana	59 159	59 159
Uruguay	6 539	6 539
Venezuela	5 125	64 873
Total	903 116	1 285 381

II. ANALISIS DE LA INFORMACION

Como ya se dijo en el capítulo anterior, la causa de los datos incompletos se debe tanto a la carencia de información del total de los programas de ciertos países, como a la falta de disponibilidad de algunos de los datos solicitados. Respecto a este último aspecto, se puede agregar que si bien la mayoría de los programas disponen de los datos básicos, por problemas de diversa índole estos no siempre son tabulados.

En cada uno de los cuadros que se presentan en este capítulo aparecen sólo aquellos programas para los cuales se dispone de la información pertinente para el año 1975.

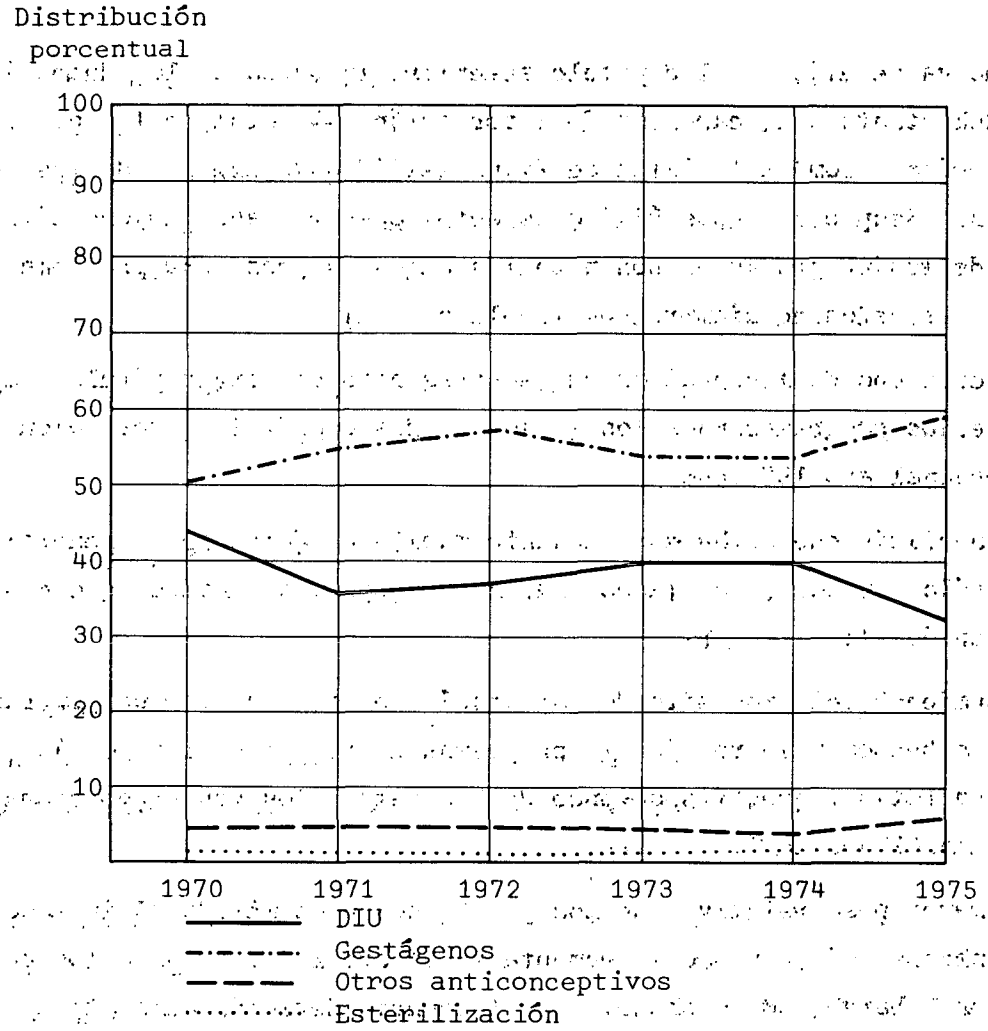
El análisis que se hace de la información es de carácter general, destacándose sólo, en casos señalados, aquellos programas o países que dan la norma o salen de ella.

Resumiendo, el propósito de este capítulo es presentar un panorama global de los hechos y logros de los programas de Planificación de la Familia de América Latina, que, disponiendo de los datos, los han proporcionado a CELADE para el año 1975.

El mayor peso relativo de los gestágenos como método al ingreso no sólo se mantiene, sino que se incrementa en el año 1975. (Véanse los cuadros 3 y 3A). Sin embargo, no se observa una tendencia definida en el tiempo en cuanto a la preferencia creciente de alguno de los métodos que ofrecen los programas.(Véase el gráfico 1). Esto puede deberse a que en la mayoría de los países en estudio no existe una política al respecto. Los programas de definida orientación cristiana, como la Fundación Hernando Carvajal, en Colombia y la Asociación de Trabajo Laico Familiar, en el Perú, dada la controversia que existe respecto al mecanismo de funcionamiento del DIU, no administran este método. Los gestágenos los proporcionan en casos calificados y sólo por un plazo breve (alrededor de dos años).

Gráfico 1

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR METODO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN AÑO, 1970-1975



Fuentes: 1975: Cuadro 3A.
1974: Soto, Z., América Latina: Actividades Desarrolladas por los Programas de Planificación de la Familia, 1974, CELADE, Serie A, Nº 144, julio, 1976.
1970-1973: Soto, Z., América Latina: Situación de los Programas de Planificación de la Familia hasta 1973, CELADE, Serie A, Nº 130, abril, 1975.

Cuadro 3

AMERICA LATINA: MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA POR TIPO DE ANTICONCEPTIVO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Mujeres ingresadas a los programas					
	Total	Por método adoptado al ingresar				
		DIU	Gest. Oral.	Gest. Iny.	Esteriliz.	Otros A.C.
Total	902 355	293 558	526 314	5 342	13 872	63 269
Bolivia	2 682	1 738	499	-	-	445
Ministerio de Prev. Social y Salud Pública	793	612	139	-	-	42
Asoc. Boliviana de Protección a la Familia	1 449	722	324	-	-	403
Hospital Metodista	289	289	-	-	-	-
Consultorio de la Mujer	142	106	36	-	-	-
Consultorio Jesús del Gran Poder	9	9	-	-	-	-
Brasil	203 618	3 607	196 404	-	-	3 607
Sociedade Civil de Bem Estar Fam. no Brasil	203 618	3 607	196 404	-	-	3 607
Colombia	75 521	32 564	28 914	577	8 377	5 089
Asc. Pro-Bienestar de la Fam. Colombiana	75 040	32 564	28 752	577	8 377	4 770
Fundación Hernando Carvajal	481	-	162	-	-	319
Costa Rica a/	30 079	1 982	19 925	1 053	b/	7 119
Ministerio de Salud Pública	16 288	1 055	11 935	774	b/	2 524
Caja Costarricense de Seguro Social	13 791	927	7 990	279	b/	4 595
Chile	222 094	144 163	72 268	-	-	5 663
Servicio Nacional de Salud	191 461	124 877	62 347	-	-	4 237
Servicio Médico Nacional de Empleados	15 714	8 797	6 146	-	-	771
Otras Instituciones	14 919	10 489	3 775	-	-	655
Ecuador	35 323	12 041	17 752	-	199	5 331
Ministerio de Salud	18 772	4 839	10 900	-	-	3 033
Ministerio de Defensa	6 171	1 468	3 557	-	-	1 146
Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social	1 141	406	544	-	-	191
Asociación Pro-Bienest. de la Fam. Ecuatoriana	6 658	4 145	1 751	-	199	563
Sociedad de Médicas	2 581	1 183	1 000	-	-	398

(Continúa)

Cuadro 3 (Conclusión)

AMERICA LATINA: MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR TIPO DE ANTICONCEPTIVO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Mujeres ingresadas a los programas					
	Total	Por método adoptado al ingresar				
		DIU	Gest. Oral.	Gest. Iny.	Esteriliz.	Otros A.C.
El Salvador	10 264	1 670	6 962	-	1 171	461
Ins. Salvadoreño del Seguro Social	5 203	406	4 409	-	156	232
Asociación Demográfica Salvadoreña	5 061	1 264	2 553	-	1 015	229
Guatemala	9 123	1 760	5 933	210	634	586
Asociación Pro-Bienestar de la Familia	9 123	1 760	5 933	210	634	586
Honduras	8 820	1 157	7 076	474	39	74
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	8 820	1 157	7 076	474	39	74
México	193 199	70 518	100 463	2 705	966	18 547
Secretaría de Salubridad y Asistencia c/	193 199	70 518	100 463	2 705	966	18 547
Nicaragua	19 188	2 812	14 468	236	31	1 641
Ministerio de Salud Pública	10 554	1 849	8 089	1 298	-	369
Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	3 223	207	2 686	38	31	261
Clínicas Moravas	626	44	485	-	-	97
Asociación Demográfica Nicaragüense	4 323	659	2 783	-	-	881
Otras clínicas privadas	462	4	425	-	-	33
Panamá	11 512	1 987	6 353	70	2 337	865
Ministerio de Salud	11 083	1 849	6 085	62	2 237	850
Asoc. Panameña de Planeamiento de la Familia	429	138	268	8	-	15
Paraguay	7 575	2 051	4 366	17	-	1 141
Centro Paraguayo de Estudios de Población	7 575	2 051	4 366	17	-	1 141
Perú	2 534	-	1 964	-	-	570
Asociación de Trabajo Laico Familiar	2 534	-	1 964	-	-	570
República Dominicana	59 159	7 160	39 896	-	-	12 103
Consejo Nacional de Población y Familia	59 159	7 160	39 896	-	-	12 103
Uruguay	6 539	4 664	1 875	-	-	-
Asoc. Uruguaya de Planificación Familiar	6 539	4 664	1 875	-	-	12 103
Venezuela	5 125	3 684	1 196	-	218	27
Maternidad Concepción Palacios	5 125	3 684	1 196	-	218	27

a/ No incluye 731 ingresos a la Asociación Demográfica Costarricense, ni 30 ingresos al Centro de Integración Familiar, por no disponerse de su distribución por método.

b/ Incluido en Otros Anticonceptivos.

Cuadro 3A

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR TIPO DE ANTICONCEPTIVO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES. 1975

Países e Instituciones	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas					
	Total	Por método adoptado al ingresar				
		DIU	Gest. Oral	Gest. Iny.	Esteriliz.	Otros A.C.
Total	100,0	32,5	58,3	0,6	1,6	7,0
Bolivia	100,0	64,8	18,6	-	-	16,6
Ministerio de Prev. Social y Salud Pública	100,0	77,2	17,5	-	-	5,3
Asoc. Boliviana de Protección a la Familia	100,0	49,8	22,4	-	-	27,8
Hospital Metodista	100,0	100,0	-	-	-	-
Consultorio de la Mujer	100,0	74,6	25,4	-	-	-
Consultorio Jesús del Gran Poder	100,0	100,0	-	-	-	-
Brasil	100,0	1,8	96,4	-	-	1,8
Sociedade Civil de Bem-Estar Fam. no Brasil	100,0	1,8	96,4	-	-	1,8
Colombia	100,0	43,1	38,3	0,8	11,1	6,7
Asoc. Pro-Bienestar de la Fam. Colombiana	100,0	43,4	38,3	0,8	11,2	6,3
Fundación Hernando Carvajal	100,0	-	33,7	-	-	66,3
Costa Rica	100,0	6,6	66,2	3,5	a/	23,7
Ministerio de Salud Pública	100,0	6,5	73,3	4,7	a/	15,5
Caja Costarricense de Seguro Social	100,0	6,7	58,0	2,0	a/	33,3
Chile	100,0	64,9	32,5	-	-	2,6
Servicio Nacional de Salud	100,0	65,2	32,6	-	-	2,2
Servicio Médico Nacional de Empleados	100,0	56,0	39,1	-	-	4,9
Otras Instituciones	100,0	70,3	25,3	-	-	4,4
Ecuador	100,0	34,1	50,2	-	0,6	15,1
Ministerio de Salud	100,0	25,8	58,1	-	-	15,1
Ministerio de Defensa	100,0	23,8	57,6	-	-	18,6
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	100,0	35,6	47,7	-	-	16,7
Asoc. Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	100,0	62,2	26,3	-	3,0	8,5
Sociedad de Médicas	100,0	45,8	38,8	-	-	15,4
El Salvador	100,0	16,3	67,8	-	11,4	4,5
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	100,0	7,8	84,7	-	3,0	4,5
Asociación Demográfica Salvadoreña	100,0	25,8	50,4	-	20,1	4,5

(continúa)

Cuadro 3A (Conclusión)

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR TIPO DE ANTICONCEPTIVO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES. 1975

Países e Instituciones	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas					
	Total	Por método adoptado al ingresar				
		DIU	Gest. Oral	Gest. Iny.	Esteriliz.	Otros A.C.
Guatemala	100,0	19,3	65,0	0,6	1,6	7,0
Asociación Pro-Bienestar de la Familia	100,0	19,3	65,0	2,3	7,0	6,4
Honduras	100,0	13,1	80,2	5,4	0,5	0,8
Asoc. Hondureña de Planificación Familiar	100,0	13,1	80,2	5.4	0,5	0,8
México	100,0	36,5	52,0	1,4	0,5	9,6
Secretaría de Salubridad y Asistencia b/	100,0	36,5	52,0	1,4	0,5	9,6
Nicaragua	100,0	14,6	75,4	1,2	0,2	8,6
Ministerio de Salud Pública	100,0	18,0	76,6	1,9	-	3,5
Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	100,0	6,4	83,3	1,2	1,0	8,1
Clínicas Moravas	100,0	7,0	77,5	-	-	15,5
Asociación Demográfica Nicaraguense	100,0	15,2	64,4	-	-	20,4
Otras clínicas privadas	100,0	0,9	92,0	-	-	7,1
Panamá	100,0	17,3	55,2	0,6	19,4	7,5
Ministerio de Salud	100,0	16,7	54,9	0,5	20,2	7,7
Asociación Panameña de Planeamiento de la Fam.	100,0	32,2	62,5	1,8	-	3,5
Paraguay	100,0	27,1	57,6	0,2	-	15,1
Centro Paraguayo de Estudios de Población	100,0	27,1	57,6	0,2	-	15,1
Perú	100,0	-	77,5	-	-	20,5
Asociación de Trabajp Laico Familiar	100,0	-	77,5	-	-	22,5
República Dominicana	100,0	12,1	67,4	-	-	20,5
Consejo Nacional de Población y Fam.	100,0	12,1	67,4	-	-	20,5
Uruguay	100,0	71,3	28,7	-	-	-
Asociación Uruguaya de Planificación Fam.	100,0	71,3	28,7	-	-	-
Venezuela	100,0	71,9	23,3	-	4.3	0,5
Maternidad Concepción Palacios	100,0	71,9	23,3	-	4,3	0,5

a/ Incluído en otros anticonceptivos.

b/ Para la distribución por método se adoptó la observada en el 4°Trimestre de 1975.

El hecho que las mujeres adopten preferentemente gestágenos, puede deberse a que al ingresar a un programa de planificación de la familia, el propósito sea el espaciar los hijos, ya que su descontinuación puede efectuarse en el momento que se desee sin necesidad de recurrir al Programa. Por otra parte, existe la facilidad de obtener pastillas anticonceptivas, por cuenta propia, lo cual puede significar una ventaja para las mujeres de nivel económico más alto.

Sin embargo, transcurrido un tiempo, un año o más, es frecuente el cambio al método DIU, lo cual hace suponer que la mujer ya completó el tamaño de familia deseado,adoptando por esto un método a un plazo más largo. Experiencias llevadas a cabo en Chile, El Salvador, México y otros, han demostrado que la continuidad del uso de DIU es mayor que la de gestágenos,lo cual estaría reafirmando lo dicho.

Como en informes anteriores, es necesario señalar que el dato menos confiable en cuanto a método adoptado es el de esterilización, ya que en algunos casos está incluido en otros anticonceptivos, en forma explícita o implícita, y en otros no se consigna debido a motivos tales, como no considerarla como método anticonceptivo, constituir un programa aparte o no disponer de la información.

Los datos presentados en el cuadro 4 permiten deducir algunos indicadores de importancia en cuanto a las actividades desarrolladas por los programas de planificación de la familia de la Región, como el número de personas atendidas por clínica, el número de controles anuales por clínica y el número de controles anuales por persona.

El promedio de personas atendidas por clínica en 1975 es de 1 159. Este promedio, que supone obviamente igual tamaño para todas las clínicas, tiene gran variabilidad, no tan sólo entre programas, sino que entre las clínicas de un mismo programa. Para poder determinar esta última, sería necesario disponer de una estratificación de las clínicas según tamaño, teniendo en cuenta, entre otros factores, el número promedio de horas/profesional disponible en cada una de ellas. Este dato a ese nivel de detalle no ha sido solicitado a los programas, dados los propósitos de esta publicación. Por el

alto promedio de personas atendidas por clínica, merecen destacarse la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana (7 529), la Asociación Hondureña de Planificación Familiar (6 403), la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (5 495), y la Sociedad Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (3 723). Es fácil deducir que estas Instituciones desarrollan sus actividades en clínicas grandes situadas en áreas o ciudades de alta concentración de población.

Intimamente relacionado con el número de personas atendidas por clínica se encuentra el número de controles anuales por clínica, que para el total de los programas considerados es de 3 164 en el año 1975. Como era de esperar, los mismos programas que presentan los valores máximos de personas atendidas por clínicas poseen los más altos valores en cuanto a controles realizados por clínica.

La concentración de controles por persona se considera un indicador más o menos estable a través de los diferentes programas; sin embargo, varía en forma apreciable de acuerdo al tipo de anticonceptivo más usado por parte de las clientas. El valor promedio de la concentración de controles por persona es de 2,2 para el total de los programas considerados, valor bastante adecuado para una combinación equilibrada de uso de DIU y Gestágenos, de acuerdo a las normas de controles de estos programas. Sin embargo, si el uso de gestágenos fuera el prevaleciente, sería de esperar que la concentración fuera mayor. El valor observado llevaría a pensar en la existencia de una alta deserción en los primeros meses posteriores al ingreso. La concentración de controles por persona varía de un 6,0 a 1,1 en los programas en estudio.

Las visitas a domicilio no representan una actividad relevante dentro de las acciones de los programas, lo que puede deberse al alto costo que ellas implican.

Sólo en el programa de la Fundación Hernando Carvajal, estas visitas representan un alto porcentaje de las actividades (67 por ciento), lo que está en estrecha relación con la orientación de este programa.

Como dato adicional se puede agregar que el número de clínicas que presta servicios de planificación de la familia en la región se ha duplicado en 1975 con respecto a 1970. Información complementaria permite sostener que este incremento es en general el reflejo de un aumento en la cobertura geográfica de estos servicios en los países.

Cuadro 4

AMERICA LATINA: NUMERO DE CLINICAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, NUMERO DE MUJERES ATENDIDAS Y ACTIVIDADES REALIZADAS, POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN PAIS E INSTITUCION. 1975

Países e Instituciones	Número de Clínicas	Número de personas atendidas	Actividades realizadas			
			Total	Por tipo de actividad		
				Control	Consulta	Visita a domicilio
Bolivia		-	...	...	...	...
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública	5	-	2 487	...	...	...
Asociación Boliviana de Protección a la Familia	6	-	3 465	...	...	...
Hospital Metodista	1	-	1 239	...	...	...
Consultorio de la Mujer	1	-	350	...	...	...
Consultorio Jesús del Gran Poder	1	-	9	...	...	...
Brasil						
Sociedade Civil de Bem Estar Familiar do Brasil	94	350 000	1 075 384	937 023	138 361	-
Colombia						
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana	48	263 760	348 250	348 250	...	...
Fundación Hernando Carvajal	4	761	9 624	1 522	1 691	6 411
Costa Rica						
Ministerio de Salud Pública	125	...	125 073	98 960	26 113	-
Caja Costarricense de Seguro Social	32	47 492	80 735	55 323	25 412	-
Chile						
Servicio Nacional de Salud	290	359 849	1 002 924	1 002 924	...	...
Servicio Médico Nacional de Empleados	32	33 050	114 787	74 139	40 648	-
Otras Instituciones	...	...	20 383	...	...	...
Ecuador						
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	5	37 646	...	43 065	...	...
El Salvador						
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	30	16 307	63 833	46 686	17 147	-
Asociación Demográfica Salvadoreña	2	...	25 219	...	...	...
Guatemala						
Asociación Pro-Bienestar de la Familia	10	23 215	35 639	25 465	9 524	650

(continúa)

Cuadro 4 (Conclusión)

AMERICA LATINA: NUMERO DE CLINICAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, NUMERO DE MUJERES ATENDIDAS Y ACTIVIDADES REALIZADAS, POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN PAIS E INSTITUCION. 1975

Países e Instituciones	Numero de Clínicas	Número de personas atendidas	Actividades realizadas			
			Total	Por tipo de actividad		
				Control	Consulta	Visita a domicilio
Honduras						
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	2	12 806	45 804	36 918	7 543	1 343
Nicaragua						
Ministerio de Salud Pública	64	20 698	94 577	61 938	31 363	1 276
Instituto Nacional de Seguridad Social	8	5 886	22 688	17 504	5 184	-
Clínicas Moravas	2	1 752	10 603	10 448	103	60
Asociación Demográfica Nicaragüense	6	6 607	21 520	11 006	10 514	-
Otras clínicas privadas	3	539	894	890	4	-
Panamá						
Ministerio de Salud	97	37 953	62 716	53 822	8 894	...
Asociación Panameña de Planeamiento de la Familia	2	1 541	8 185	6 036	2 149	-
Paraguay						
Centro Paraguayo de Estudios de Población	27	...	54 782	47 214	...	7 568
Perú						
Asociación de Trabajo Laico Familiar	22	8 434	51 586	38 970	12 616	...
Republica Dominicana						
Consejo Nacional de Población y Familia	209	76 019	...	...	...	...
Uruguay						
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	26	17 980	21 386	...	...	...
Venezuela						
Maternidad Concepción Palacios	1	...	...	...	...	...

Los mayores incrementos en cuanto al número de clínicas en el período 1970-1975 se han producido en la Asociación de Trabajo Laico Familiar del Perú (633 por ciento), en el Consejo Nacional de Población y Familia (555 por ciento), en la Caja Costarricense de Seguro Social (540 por ciento) y en el Ministerio de Salud de Panamá (246 por ciento).

En la década del 60 la idea de planificar la familia en América Latina se institucionaliza a través de la creación de los programas de planificación de la familia. La duración de ellos a la fecha varía entre 5 y 15 años aproximadamente, de donde es fácil deducir que el ingreso acumulado hasta 1975 está reflejando experiencias distintas. Por otra parte, el número de mujeres activas sólo tiene sentido si se relaciona con el ingreso acumulado con el número de mujeres en edad fértil del país, población sujeto u otras. Es por esto que con los datos del cuadro 5 se han calculado algunos indicadores que por su interés se clasifican en el cuadro 5A.

La razón de los ingresos acumulados hasta el año z, respecto al número de mujeres en edad fértil, es una medida de la influencia directa del programa en el uso de la anticoncepción en los z años del programa. Se habla de influencia directa para diferenciarla del efecto indirecto, multiplicador, que puede tener en el sentido que las mujeres alguna vez usuarias producen en cuanto a motivar a otras en la práctica de la anticoncepción. Su interés radica en el hecho conocido de que muchas mujeres a pesar de abandonar el programa continúan la práctica por cuenta propia. En el caso de usuarias de DIU, este hecho no implica gasto adicional para la mujer y, en el de gestagénos, el costo es mínimo en la mayoría de los países.

Este indicador puede refinarse descontando, de los ingresos acumulados la proporción de mujeres que han excedido el período fértil y la proporción de mujeres que se estima no continúan con la práctica anticonceptiva, dato que puede obtenerse de encuestas de seguimiento de aceptantes.

La razón de las mujeres activas en el programa, respecto de las mujeres en edad fértil en un año dado, constituye la cobertura del programa. La definición de mujer activa da lugar a muchas controversias, ya que no existe una definición universal al respecto. Desde un punto de vista administrativo, algunos programas consideran activa en el año z a la mujer que ha

cumplido todos los controles planificados para el año, de acuerdo al método en uso; para otros será activa en el año z la mujer que ha asistido por lo menos a un control en ese año. Desde un punto de vista más práctico, puede considerarse activa en el año z a la mujer que continúa la práctica anticonceptiva, aunque no haya cumplido con los controles. La constatación de este hecho presupone, en principio, la realización de encuestas de seguimiento que permitan clasificar a la mujer como activa o cesada. Sea cual sea el criterio adoptado para definir la condición de activa, siempre existirá el problema de la obtención del balance anual. Un procedimiento muy usado y aparentemente simple es el manual, que se realiza a base de un tarjetero-calendario, en que se ordena a las mujeres según fecha de control y método clasificándola posteriormente como pérdida del seguimiento o cesada a plazos previamente establecidos. El mantener actualizado el fichero, no siempre se logra debido a problemas de tipo administrativo aque no es del caso mencionar. Otro procedimiento es el mecanizado, que se realiza generalmente por computador y que si bien es mucho más complejo que el manual, es más rápido y permite obtener una serie de datos adicionales, tales como las causas de cierre y los fracasos de método.

El dato de número de mujeres activas es menos confiable que el de ingresos acumulados, para la mayoría de los programas. Por esta razón, para propósitos comparativos en cuanto a importancia o influencia de los programas, sería más adecuado, en principio, considerar la razón de los ingresos acumulados respecto a las mujeres en edad fértil, considerando si se desea, una corrección por tiempo de funcionamiento del programa.

La razón de activas respecto a los ingresos acumulados se puede interpretar como una tasa de retención (o continuidad) promedio para los z años de funcionamiento del programa. Experiencias llevadas a cabo con datos de diferentes países han permitido estimar como retención o continuidad promedio para 10 años, valores cercanos al 40 por ciento. Dentro de estos márgenes aceptables se encuentran el programa del Servicio Nacional de Salud de Chile (40,4 a los 10 años), el programa de la Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (41,4 por ciento a los 10 años), y el Programa de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (37,3 a los 11 años).

Cuadro 5

AMERICA LATINA: AÑO DE INICIO DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, INGRESOS ACUMULADOS, EGRESOS ACUMULADOS Y ACTIVAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1975, SEGUN PAIS E INSTITUCIONES

Países e Instituciones	Año de inicio del programa	Ingresos acumulados al 31 Dic. 1975	Egresos acumulados al 31 Dic. 1975	Activas al 31 de Diciembre 1975
Brasil				
Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil	1966	918 279	538 279	380 000
Colombia				
Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana	1966	510 218	246 458	263 760
Fundación Hernando Carvajal	...	3 420	2 659	761
Costa Rica				
Ministerio de Salud Pública	1968	105 014	...	...
Caja Costarricense de Seguro Social	1970	55 790	8 298	47 492
Chile				
Servicio Nacional de Salud	1966	891 016	531 167	359 849
Servicio Médico Nacional de Empleados	1963	59 788	32 646	27 142
Ecuador				
Ministerio de Salud	1970	73 054	...	...
Ministerio de Defensa	1970	16 658	...	...
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	1966	5 561	...	...
Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana	1966	49 730	...	...
Sociedad de Médicas	1968	7 781	...	...
El Salvador				
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1968	50 227	33 920	16 307
Asociación Demográfica Salvadoreña	1966	82 965	...	...

(continúa)

Cuadro 5 (conclusión)

AMERICA LATINA: AÑO DE INICIO DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, INGRESOS ACUMULADOS, EGRESOS ACUMULADOS Y ACTIVAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1975, SEGUN PAIS E INSTITUCION

Países e Instituciones	Año de inicio del programa	Ingresos acumulados al 31 Dic. 1975	Egresos acumulados al 31 Dic. 1975	Activas al 31 de Diciembre 1975
Guatemala				
Asociación Pro-Bienestar de la Familia	1965	62 230	39 015	23 215
Honduras				
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	1963	56 572	46 662	9 910
México				
Secretaría de Salubridad y Asistencia		381 505	254 393	127 112
Nicaragua				
Ministerio de Salud Pública	1968	33 797	13 099	20 698
Instituto Nacional de Seguridad Social	1970	7 545	1 659	5 886
Clínicas Moravas	1968	2 030	278	1 752
Asociación Demográfica Nicaragüense	1974	6 920	313	6 607
Otras clínicas privadas	...	559	20	539
Panamá				
Ministerio de Salud	1966	72 000 a/	...	37 953
Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia	1966	4 968	3 427	1 541
Paraguay				
Centro Paraguayo de Estudios de Población	1966	38 155	11 770	26 385
Perú				
Asociación de Trabajo Laico Familiar	1970	14 775	6 501	8 274
Republica Dominicana				
Consejo Nacional de Población y Familia	1968	198 235	122 216	76 019
Uruguay				
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	1961	28 903	17 721	16 182
Venezuela				
Maternidad Concepción Palacios	1963	59 006	9 198	49 808

a/ Valor estimado

Cuadro 5A

AMERICA LATINA: INDICADOR DE LA INFLUENCIA DIRECTA DE LOS PROGRAMAS (1) COBERTURA (2), Y TASA DE RETENCION PROMEDIO PARA LOS z AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA (3), 1975

Países e Instituciones	$\frac{\Sigma I_z}{MEF_z}$	$\frac{\text{Activas}}{MEF_z}$	$\frac{\text{Activas}}{\Sigma I_z}$
	(1)	(2)	(3)
		(Por cien)	
Brasil			
Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil	3,9	1,6	41,4
Colombia			
Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana	9,5	4,9	51,7
Fundación Hernando Carvajal	0,1	-	22,3
Costa Rica			
Ministerio de Salud Pública	24,2	...	...
Caja Costarricense de Seguro Social	12,9	10,9	85,1
Chile			
Servicio Nacional de Salud	36,8	14,9	40,4
Servicio Médico Nacional de Empleados	2,5	1,1	45,4
Ecuador			
Ministerio de Salud	5,0	...	...
Ministerio de Defensa	1,2	...	...
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	0,4	...	...
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	3,5	...	...
Sociedad de Médicas	0,5	...	...
El Salvador			
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	6,1	2,0	32,5
Asociación Demográfica Salvadoreña	10,0	...	...
Guatemala			
Asociación Pro-Bienestar de la Familia	4,9	1,8	37,3
Honduras			
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	9,4	1,6	17,5
México			
Secretaría de Salubridad y Asistencia	3,2	1,1	33,3
Nicaragua			
Ministerio de Salud Pública	7,2	4,4	61,2
Instituto Nacional de Seguridad Social	1,6	1,2	78,0
Clínicas Moravas	0,4	0,4	86,0
Asociación Demográfica Nicaragüense	1,5	1,4	95,5
Otras clínicas privadas	0,1	0,1	96,4
Panamá			
Ministerio de Salud	21,2	11,2	52,7
Asociación Panameña p/el planeamiento dela Familia	1,5	0,5	31,0

(continúa)

Cuadro 5A (Conclusión)

AMERICA LATINA: INDICADOR DE LA INFLUENCIA DIRECTA DE LOS PROGRAMAS (1) COBERTURA (2), Y TASA DE RETENCION PROMEDIO PARA LOS z AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA (3), 1975

Países e Instituciones	$\frac{\Sigma I_z}{MEF_z}$	$\frac{\text{Activas}}{MEF_z}$	$\frac{\text{Activas}}{\Sigma I_z}$
	(1)	(2)	(3)
		(Por cien)	
Paraguay			
Centro Paraguayo para Estudios de Población	6,8	4,7	69,2
Perú			
Asociación de Trabajo Laico Familiar	0,5	0,3	56,0
República Dominicana			
Consejo Nacional de Población y Familia	19,2	7,4	38,3
Uruguay			
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	4,5	2,5	56,0
Venezuela			
Maternidad Concepción Palacios	2,3	2,0	24,4

Fuente: Cuadro 5
CELADE, Boletín Demográfico, Año VII, N°13.

ΣI_z : Ingresos acumulados al 31 de diciembre de 1975.

MEF : Mujeres de 15-44 años en el año 1975.

El hecho que el número de activas sea poco confiable, ha motivado que en el capítulo III se haga un esfuerzo teórico para obtener la cobertura de los programas además de otros indicadores de interés.

Hasta 1975, no se estimó conveniente solicitar a los países información cruzada de las características de las mujeres, por considerar que serían pocas las Instituciones que dispusieran de estos datos a esa fecha. Es por esto que los cuadros 6, 7, 8 y 9 sólo se refieren a una variable tratada en forma independiente de las otras. En futuros trabajos esperamos poder disponer de información más elaborada respecto de las características de las usuarias

La edad promedio de las mujeres que ingresaron a los programas en 1975 es en general menor a la observada en el total de la población en edad fértil. La excepción a este comportamiento se da en las ingresadas al Programa de la Fundación Hernando Carvajal, cuya edad promedio es superior en 5,5 años al promedio de las mujeres en edad fértil de Colombia. La explicación para este hecho se puede deducir de los objetivos del programa, dirigidos solamente a evitar daños en la salud de las mujeres de alto riesgo, el cual está ligado a una alta paridad y, consecuentemente, a una mayor edad.

Por otra parte, las mujeres ingresadas a los programas en 1975 son, en la mayoría de ellos, más jóvenes y con menor número de hijos vivos que las ingresadas en años anteriores. Este hecho estaría reflejando una mayor motivación de parte de las mujeres jóvenes para espaciar los hijos a través de los programas de planificación de la familia. A futuro, si esta tendencia se mantiene, es posible que las tasas de continuidad en el uso descienden, debido a los retiros de mujeres jóvenes, que pasado un cierto tiempo salen para tener un hijo.

La mayoría de los programas de planificación de la familia tienen como uno de sus principales objetivos la reducción del aborto. Algunos piensan que la forma más adecuada de cumplir dicho objetivo es atraer al programa a las mujeres con experiencia abortiva, ya que éstas tienen una alta probabilidad de volver a inducirse un aborto.

Desde otro punto de vista, se podría pensar que la forma de alcanzar una más efectiva reducción del aborto sería a través de la captación de la mujer antes que recurra al aborto.

Cuadro 6

AMERICA LATINA: EDAD PROMEDIO Y DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Edad promedio de las mujeres	Distr. relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentaje)							
		Total	Por grupos de edades						
			15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Colombia									
Asociación Pro-Bienestar de la Fam. Colombiana	27,5	100,0	11,1	31,2	25,9	16,5	10,5	3,8	1,0
Fundación Hernando Carvajal	34,2	100,0	0,0	0,0	15,6	43,3	32,2	8,9	0,0
Costa Rica									
Ministerio de Salud Pública	25,4	100,0	59,0 a/		30,4 b/			10,6 c/	
Caja Costarricense de Seguro Social	26,9	100,0	48,1 a/		38,4 b/			13,5 c/	
Ecuador									
Asoc. Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	27,1	100,0	9,7	32,8	29,4	16,2	8,9	2,6	0,4
El Salvador									
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	25,3	100,0	18,1	35,9	27,7	10,7	5,2	2,4	0,0
Honduras									
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	26,0	100,0	16,1	35,1	25,0	14,0	7,2	2,4	0,2
México									
Secretaría de Salubridad y Asistencia d/	28,1	100,0	10,7	27,3	25,4	18,5	12,3	5,0	0,8
Nicaragua									
Instituto Nicaragüense de Seguro Social	26,5	100,0	10,3	35,8	29,2	15,2	7,6	1,7	0,2
Panamá									
Ministerio de Salud	26,4	100,0	14,8	34,0	25,2	14,6	7,9	2,8	0,7
Asociación Panameña para el Planeam. de la Fam.	24,8	100,0	16,1	42,1	25,5	12,6	3,5	0,2	0,0
Paraguay									
Centro Paraguayo de Estudios de Población	27,7	100,0	8,7	27,0	31,3	19,7	10,9	1,9	0,5
Perú									
Asociación de Trabajo Laico Familiar	26,5	100,0	14,2	32,1	28,3	14,1	7,0	4,1	0,2

(continúa)

Cuadro 6 (Conclusión)

AMERICA LATINA: EDAD PROMEDIO Y DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Edad promedio de las mujeres	Distr. relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentajes)							
		Total	Por grupos de edades						
			15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
República Dominicana									
Consejo Nacional de Población y Familia	26,0	100,0	15,3	36,3	24,8	13,2	7,6	2,4	0,4
Uruguay									
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	26,9	100,0	13,7	29,3	25,5	19,3	10,4	1,7	0,1
Venezuela									
Maternidad Concepción Palacios	25,4	100,0	17,4	37,7	24,7	11,8	6,4	2,0	0,0

Fuente: EPLAFAL.
a/ Incluye 15-24 años.
b/ Incluye 25-34 años.
c/ Incluye 35-49 años.
d/ Corresponde a la distribución observada en el 4° trimestre.

Cuadro 7

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS AL INGRESO, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Promedio de hijos vivos por mujer	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentaje)						
		Total	Por número de hijos vivos al ingreso					
			0	1	2	3	4	5 y más
Colombia								
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana	2,9	100,0	4,9	25,3	22,7	15,4	10,7	21,0
Fundación Hernando Carvajal	4,8	100,0	0,0	0,0	0,0	15,6	36,2	48,2
Costa Rica								
Ministerio de Salud Pública	...	100,0	8,7		52,8 a/		20,1 b/	18,4
Caja Costarricense de Seguro Social	...	100,0	9,7		53,9 a/		19,8 b/	16,6
Ecuador								
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	3,3	100,0	2,1	16,2	23,1	18,5	13,7	26,4
El Salvador								
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1,9	100,0	7,2	45,3	25,7	10,9	5,0	5,9
Honduras								
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	3,1	100,0	2,5	19,9	22,9	18,3	14,2	22,2
Nicaragua								
Instituto Nicaraguense de Seguridad Social	2,6	100,0	3,1	28,9	25,7	16,3	10,9	15,1
Panamá								
Ministerio de Salud	3,0	100,0	4,3	23,7	21,2	14,9	10,9	25,0
Asociación Panameña p/el Planeamiento de la Familia	2,2	100,0	4,0	34,4	32,2	13,1	7,7	8,6
Paraguay								
Centro Paraguayo de Estudios de Población	3,1	100,0	9,2	16,8	19,8	14,5	13,0	26,7

(continúa)

Cuadro 7 (Conclusión)

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS AL INGRESO, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Promedio de hijos vivos por mujer	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentajes)						
		Total	Por número de hijos vivos al ingreso					
			0	1	2	3	4	5 y más
Perú								
Asociación de Trabajo Laico Familiar	4,2	100,0	0,0	6,7	12,8	18,6	18,0	43,9
República Dominicana								
Consejo Nacional de Población y Familia	3,1	100,0	4,3	20,2	22,0	15,8	11,5	26,2
Uruguay								
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	2,4	100,0	6,0	25,5	31,5	20,2	7,1	9,7
Venezuela								
Maternidad Concepción Palacios	2,8	100,0	0,6	26,0	28,6	17,6	10,3	16,9

Fuente: EPLAFAL

a/ Incluye 1 y 2 hijos vivos.

b/ Incluye 3 hijos y más.

Cuadro 8

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR NUMERO DE ABORTOS TENIDOS PREVIOS AL INGRESO, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentaje)						
	Total	Por número de abortos tenidos previos al ingreso					
		0	1	2	3	4	5 y más
Colombia							
Fundación Hernando Carvajal	100,0	91,3	3,5	5,2	0,0	0,0	0,0
Costa Rica							
Ministerio de Salud Pública	100,0	79,0	14,2	4,0	2,8 a/		
Caja Costarricense del Seguro Social	100,0	76,8	14,9	4,9	3,4 a/		
Honduras							
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	100,0	72,0	18,7	5,8	2,3	1,0	0,2
Nicaragua							
Instituto Nicaraguense de Seguro Social	100,0	76,2	15,9	5,3	1,8	0,4	0,4
Panamá							
Ministerio de Salud	100,0	75,7	16,5	5,0	1,5	0,7	0,6
Paraguay							
Centro Paraguayo de Estudios de Población	100,0	53,0	22,5	10,9	6,1	4,5	3,0
Perú							
Asociación de Trabajo Laico Familiar	100,0	0,0	35,8	45,3	5,7	7,6	5,6
República Dominicana							
Consejo Nacional de Población	100,0	67,3	20,4	7,3	2,9	1,0	1,1
Uruguay							
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	100,0	53,0	19,5	11,2	6,5	4,1	5,7

Fuente: EPLAFAL.

a/ Incluye 3 abortos y más.

Cuadro 9

AMERICA LATINA: PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO Y DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, POR NUMERO DE AÑOS DE INSTRUCCION, SEGUN PAISES E INSTITUCIONES, 1975

Países e Instituciones	Promedio de años de instrucción	Distribución relativa de las mujeres ingresadas a los programas (en porcentaje)					
		Total	Por número de años de instrucción				
			Ninguno	1-3	4-6	7-12	13 y más
Colombia							
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana	5,3	100,0	5,8	27,3	37,8	27,3	1,8
Fundación Hernando Carvajal	5,4	100,0	2,1	7,3	74,4	15,8	0,4
Costa Rica							
Ministerio de Salud	...	100,0	6,8	27,3	51,8	14,1	a/
Caja Costarricense del Seguro Social	...	100,0	3,1	15,8	47,4	33,7	a/
Ecuador							
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	...	100,0	8,4	63,2	b/	23,3	5,1
Honduras							
Asociación Hondureña de Planificación Familiar	4,4	100,0	11,9	30,8	36,2	20,8	0,3
México							
Secretaría de Salubridad y Asistencia c/	...	100,0	19,9	47,4	23,9	8,8	a/
Nicaragua							
Ministerio de Salud Pública	...	100,0	53,1	42,9	b/	3,8	0,2
Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	...	100,0	9,7	55,6	b/	31,0	3,7
Panamá							
Ministerio de Salud	6,3	100,0	0,0	5,9	63,2	29,7	1,2
Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia	7,8	100,0	4,8	5,5	26,7	55,2	7,8
Paraguay							
Centro Paraguayo de Estudios de Población	5,3	100,0	5,6	23,9	45,6	21,0	3,9
Perú							
Asociacón de Trabajo Laico Familiar	4,7	100,0	10,4	36,7	24,4	28,5	0,0
Uruguay							
Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	6,4	100,0	1,4	25,7	32,9	29,2	10,8

Fuente: EPLAFAL.

a/ Incluido en 7-12.

b/ Incluido en 1-3.

c/ Corresponde a la distribución observada en el 4° Trimestre.

En este sentido, dicho objetivo de salud pública se estaría cumpliendo en los programas dada la alta proporción de mujeres que ingresan sin experiencia abortiva.

El nivel de instrucción de estas mujeres varía de acuerdo a los países e instituciones de un mismo país, como reflejo de situaciones nacionales diversas y tipos distintos de beneficiarios de los programas. Si se considera el nivel de instrucción como un indicador de la situación socioecónomica se puede decir que los programas de planificación de la familia de América Latina están favoreciendo a todos los sectores socioeconómicos de la población,

Resumiendo, se puede decir que la población captada por los programas de planificación de la familia de América Latina, en el año 1975, es adecuada para obtener los objetivos de Salud Pública propuestos.

III. ESTIMACION DEL NUMERO PROBABLE DE MUJERES ACTIVAS DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

La determinación del número de mujeres activas en el uso de anticonceptivos constituye un dato de particular interés para la evaluación de los programas de planificación de la familia. En principio, su conocimiento permitirá determinar en qué medida las metas de cobertura se están cumpliendo. Posteriormente y previo el desarrollo de metodologías apropiadas, será posible calcular, por ejemplo, el número de abortos evitados por el programa, o el efecto que podría tener en el descenso de las tasas de natalidad.

El propósito de este capítulo es justamente presentar el desarrollo práctico de una metodología que permite determinar el número de mujeres activas en un programa de planificación de la familia. La aplicación se hará a algunos países seleccionados, para los cuales se calculará, además, la cobertura para los años 1970 y 1975, a fin de evaluar los avances logrados en este sentido en el quinquenio. Sin embargo, se espera que cualquier programa que no se haya incluido por falta de información más detallada, pueda efectuar sus propias estimaciones a base de la metodología desarrollada.

3.1. Forma de cálculo

Se sabe que la proporción media de parejas protegidas, en el intervalo (x, x+12) está dada por la relación:

$$c_x = {}_{12}L_x/12 = (l_x - l_{x+12}) \cdot 12\, r \quad \text{1/} \qquad (1)$$

siendo

$$\exp(-rt) = l_{x+t}/l_x \quad \text{1/} \qquad (2)$$

lo que implica el cálculo de r a través de la función e (base de los logaritmos naturales). Con el objeto de simplificar el cálculo es posible reemplazar la ecuación (1) por las relaciones aproximadas (3) y (4), que implican

1/ Bocaz, A., Métodos de Tipificación y de Protección Anual de la Pareja (Aplicación a Chile 1960-1974) CELADE, Serie A, N° 146.

el supuesto que las discontinuaciones son proporcionales al tiempo transcurrido.

$$c_x \approx \frac{1}{2} (l_x + l_{x+12}) \quad (3)$$

$$c_1 \approx \frac{11}{24} (l_1 + l_{12}) \quad (4)$$

En la relación (4) aplicable al primer año, se hace el descuento por abandono durante el primer mes, ya que se considera que en este tiempo la mujer no ha recibido protección.

De la relación (3) se deduce que para estimar el número medio de mujeres activas (c_x) es necesario conocer el número de personas activas al cabo de x meses de haber ingresado al Programa (l_x).

Estos valores podemos obtenerlos ya sea a través de los sistemas estadísticos de servicio o muestras de fichas clínicas, o mediante el módulo CAP de las Encuestas de Fecundidad.

3.2. Fuente de datos para el cálculo de l_x

La práctica ha mostrado que las tasas de continuación obtenidas a través de estadísticas de servicio (o muestras de fichas clínicas) difieren significativamente de las obtenidas a través del módulo CAP de las Encuestas de Fecundidad. Estas diferencias se explican al considerar los sujetos de estudio de ambas fuentes de datos.

3.2.1. Estadísticas de Servicio

Cuando la construcción de las tablas se hace a base de los sistemas de estadísticas de servicio (SIES), se está determinando fundamentalmente la continuidad en el uso dentro de la atención del programa (usuarias que cumplen las normas de controles establecidos). Sin embargo, en muchos países se ha visto que la proporción de mujeres que no se controlan regularmente, pero que continúan sin problemas en la práctica anticonceptiva presentada por el programa, es de gran importancia. Existe además un grupo menor de mujeres que se controlan sólo cuando tienen problemas serios en el uso de los anticonceptivos. Indudablemente estos dos grupos de mujeres contribuyen a crear el sesgo hacia abajo en la proporción de activas. Esto se logra comprobar mediante la realización de encuestas de seguimiento y la construcción

posterior de dos tipos de tablas de eficacia de uso. La primera, con base en los datos exclusivos de los SIES (tabla truncada), y la segunda, complementando los datos anteriores con los aportados por las encuestas de seguimiento (Tabla completa). Desde un punto de vista práctico debería considerarse las tablas completas como más válidas.

De lo anterior surge la necesidad de clasificar los distintos grupos de mujeres sujetos a estudio para la determinación de la continuidad en el uso de la anticoncepción.

UCP : usuarias controladas por el programa (usuarias que cumplen con las normas de controles del programa).

$U\bar{C}P$: usuarias no controladas regularmente por el programa, pero que continúan la práctica anticonceptiva iniciada en el programa (usuarias que no cumplen con las normas de controles del programa).

$M\bar{C}P$: mujeres no controladas por el programa que han suspendido la práctica anticonceptiva sin que este suceso haya sido registrado por el programa.

PS : mujeres perdidas del seguimiento (mujeres que no se controlan en forma regular).

$$PS = U\bar{C}P + MCP$$

$U\bar{P}$: usuarias de anticonceptivos que no han sido registradas en el programa.

U : total de usuarias de anticonceptivos en la población.

$$U = (U\bar{C}P + U\bar{C}P) + U\bar{P} \qquad (5)$$

La relación (5) nos aclara que la continuidad obtenida a través de los SIES será más baja que la real. El no considerar a las mujeres $U\bar{C}P$ introduce el sesgo hacia abajo, de importancia, que no se ve compensado por la exclusión de las $M\bar{C}P$, de escaso peso relativo. Por otra parte, en el caso de muchos países las $U\bar{P}$ no serán una componente de importancia dado que la practica anticonceptiva extra-programática es de escasa importancia, pues la planificación de la familia es poco conocida a nivel de población.

El sujeto de estudio será las mujeres controladas por el programa. En resumen al usar los SIES como fuente de datos, se estará midiendo la continuidad en el control y no la continuidad en el uso. La determinación de

activas controladas puede tener un interés administrativo, ya que permite predecir, en cierta forma, el número esperado de mujeres a atender en años futuros.

Para acercarnos a la continuidad de uso podemos seguir 2 caminos: atribuir a las mujeres perdidas del seguimiento, la historia de mujeres análogas en cuanto a edad, método en uso, paridez, motivo de ingreso, etc., o realizar una encuesta de seguimiento que permita complementar las historias de las mujeres. Sea cual sea la forma que se adopte, se llegará a tener como jefe de estudio a los siguientes grupos de mujeres:

$$UCP + U\bar{C}P + M\bar{C}P$$

y podremos medir más adecuadamente el logro del programa en cuanto al objetivo propuesto: proteger a las mujeres del riesgo de embarazo no deseado.

3.2.2. Encuestas de Fecundidad

En las encuestas de fecundidad que incluyen un módulo relativo a anticonceptivos (módulo CAP) se recogen datos tanto de las mujeres que usan anticonceptivos como de las que no los usan. Se puede obtener el total de usuarias del país (U) al momento de la encuesta y, además es posible discriminar entre ellas las que son usuarias de programa y las que no lo son.

Al confeccionar una tabla de eficacia de uso en base a las U, se obtiene la continuidad de uso en la población total. Si para la confección de la tabla se descarta a las mujeres que no han sido usuarias del programa, estaremos determinando la continuidad real de las mujeres directamente influidas por el programa.

A las mujeres que han practicado el uso de anticonceptivos se les pregunta el nombre de todos los métodos usados y, respecto del último, el tiempo de uso continuado y su motivación para usarlo. Si ha descontinuado el uso, el motivo que tuvo para hacerlo. Si la mujer usó otro método anteriormente, se le pregunta dónde lo obtuvo, el tiempo de uso continuado y el motivo de la suspensión.

Es posible entonces elaborar tablas de eficacia de uso del último método usado o de los dos últimos según el caso. Las tablas que más corrientemente

se confeccionan son las que se refieren al último método usado, se estará así obteniendo la continuidad de uso del último segmento.

Si la cobertura del programa es baja, la muestra deberá ser grande para poder obtener un número adecuado de usuarias a fin de que las tablas sean representativas y no se introduzcan sesgos de importancia. Esto constituye una limitación para la obtención de tablas de eficacia de uso a partir de datos de encuestas de fecundidad, que deberá ser tenida en cuenta al analizar los resultados.

3.3. Estimación del número de mujeres activas, en países seleccionados

Como en la gran mayoría de los países se dispone solamente de los ingresos anuales por método y no del número de mujeres activas, ni de tablas de eficacia de uso, se tratará de hacer la estimación de las mujeres activas para algunos de ellos a base de tablas disponibles a la fecha de este informe. Pensamos que el cálculo de estos valores estimados puede servir de ayuda a los programas para que realicen sus propias estimaciones en el futuro, cuando dispongan de tablas de eficacia de uso.

Al estimar la continuidad de las mujeres de un programa a base de la obtenida para otro, se deberá tener en cuenta, por lo menos, que la distribución por método sea semejante. De no ser así, sería necesario ponderar adecuadamente los valores a fin de subir o bajar la continuidad según el caso.

Aunque la distribución por edad de las mujeres también debería considerarse, para propósitos prácticos puede no tenerse en cuenta, ya que su influencia no es muy significativa para el cálculo global del número de activas.

Dado los propósitos de este documento, no entraremos en mayores detalles respecto al cálculo mismo de las funciones de las tablas de eficacia de uso, que ya ha sido ampliamente expuesto en trabajos anteriores.[2/]

3.3.1. Estimación a base de datos de encuestas de fecundidad

Desde un punto de vista práctico haremos la estimación de mujeres protegidas por algunos programas con base en las relaciones propuestas, (3) y (4) tomando los datos de 1_x de la Encuesta de Fecundidad de El Salvador, llevada

2/ Bocaz, A., Soto, Z., Tablas de Eficacia de Uso: su Teoría y Construcción CELADE, Serie A, N°138, Santiago, mayo, 1976.

a cabo en 1973. El cuadro 1 resume la experiencia realizada en El Salvador, para la combinación de métodos DIU-Gestagenos, distribuidos en proporción de 18 y 82 por ciento, respectivamente, proporción muy similar a la observada en la mayoría de los países de América Latina.

Cuadro 10

EL SALVADOR: PROPORCION MEDIA DE PAREJAS PROTEGIDAS POR DIU Y GESTAGENOS

x meses	l_x	N_x	z	c_z	$r_z = \frac{c_{z+1}}{c_z}$
1	0,9976	422	1	0,77110	0,8122
12	0,6848	224	2	0,62625	0,7954
24	0,5677	144	3	0,49810	0,7679
36	0,4285	82	4	0,38250	0,8000
48	0,3365	42	5	0,30600	0,9003
60	0,2755	30	6	0,27550	
60 y más	0,2755				

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad de El Salvador (FESAL 73).

El escaso número de casos observados a partir de los 24-36 meses, hace preferible aceptar como válidas las protecciones medias hasta c_4 solamente y extrapolar los valores c_5 hasta c_{10} a partir de la razón observada entre c_4 y c_3. Se obtiene así la siguiente tabla de protecciones medias por año de continuidad en el uso del programas:

z año	c_z
1	0,77110
2	0,62625
3	0,49810
4	0,38250
5	0,29370
6	0,22550
7	0,17320
8	0,13300
9	0,10210
10	0,07840

A partir del 10° año se considerará que la protección es nula.

Asimismo, tomando como base los datos de la Encuesta de Fecundidad del PESMIB de Chile,[3/] ha sido posible construir tablas de eficacia de uso y estimar la proporción media de parejas protegidas de acuerdo a las relaciones (3) y (4). La metodología es la misma que se detalló para el caso de El Salvador.

La mayor proporción de usuarias de DIU (52,6 por ciento) en el caso de Chile, hace que la proporción media de parejas protegidas (c_z) sea mucho más alta que la estimada para El Salvador.

A pesar que c_{13} es aún bastante alta, se considerará que la protección es nula a partir de los 13 años.

Cuadro 11

CHILE-PESMIB: PROPORCION MEDIA DE PAREJAS PROTEGIDAS POR DIU Y GESTAGENOS

x	l_x	N_x	z	c_z	$r_z(x) = \frac{c_{z+1}}{c_z}$
1	0,98118	1 577	1	0,83243	0,96272
12	0,83503	1 014	2	0,80140	0,91484
24	0,76776	748	3	0,73315	0,92242
36	0,69853	552	4	0,67627	0,94255
48	0,65401	408	5	0,63742	0,93706
60	0,62083	322	6	0,59730	0,93271
72	0,57376	211	7	0,55711	
84	0,54045	157	8	0,51962	
			9	0,48465	
			10	0,45204	
			11	0,42162	
			12	0,39325	
			13	0,36679	

Fuente: Encuesta de Fecundidad PESMIB-CHILE (1974).

3/ El Programa de Extensión de Servicios de Salud Materno-Infantiles y de Bienestar Familiar (PESMIB), se llevó a cabo en Chile con el apoyo financiero y técnico de las Naciones Unidas en el período 1973-1976. Abarcó a 25 de las 55 Areas de Salud del país, con una cobertura del 58,1 por ciento de la población total.

Para estimar el número de mujeres protegidas de edad (i) en el año t (m_i^t), se deberá disponer además de c_z de los ingresos I_x ocurridos x años antes y de la estructura por edad de las mujeres ingresadas $m_{ix}^{(t)}$. Con el objeto de simplificar el cálculo y dado que la influencia de m_{ix} no es muy grande, no introduciremos el factor $m_i^{(t)}$, lo cual nos dará una estimación global de las mujeres activas año por año. La relación aproximada que usaremos será la siguiente

$$AMP = \sum_{x=1}^{x=10} I_x \cdot c_z$$

Suponiendo que el flujo del ingreso es uniforme durante el año, es factible considerar como punto base de referencia, tanto para los ingresos como para la estimación de activas, el 30 de junio de cada año.

La forma en que se estimarán las activas, se detalla para cada año posterior al año de inicio del programa (t=1), en la siguiente tabla:

Año (t)	Mujeres activas en el año t
2	$I_1 \cdot c_1$
3	$I_2 \cdot c_1 + I_1 \cdot c_2$
4	$I_3 \cdot c_1 + I_2 \cdot c_2 + I_1\ c_3$
5	$I_4 \cdot c_1 + I_3 \cdot c_2 + I_2\ c_3 + I_1 \cdot c_4$
6	$I_5 \cdot c_1 + I_4 \cdot c_2 + I_3\ c_3 + I_2 \cdot c_4 + I_1 \cdot c_5$
7	$I_6 \cdot c_1 + I_5 \cdot c_2 + I_4\ c_3 + I_3 \cdot c_4 + I_2 \cdot c_5 + I_1 \cdot c_6$
8	$I_7 \cdot c_1 + I_6 \cdot c_2 + I_5\ c_3 + I_4 \cdot c_4 + I_3 \cdot c_5 + I_2 \cdot c_6 + I_1 \cdot c_7$
9	$I_8 \cdot c_1 + I_7 \cdot c_2 + I_6\ c_3 + I_5 \cdot c_4 + I_4 \cdot c_5 + I_3 \cdot c_6 + I_2 \cdot c_7 + I_1 \cdot c_8$
10	$I_9 \cdot c_1 + I_8 \cdot c_2 + I_7\ c_3 + I_6 \cdot c_4 + I_5 \cdot c_5 + I_4 \cdot c_6 + I_3 \cdot c_7 + I_2 \cdot c_8 + I_1\ c_9$

Las proporciones medias de parejas protegidas obtenidas en la Encuesta Nacional de Fecundidad de El Salvador se han aplicado a El Salvador, Costa Rica, Honduras, Panamá, la República Dominicana y Guatemala; y las obtenidas en la Encuesta de Fecundidad del PESMIB-CHILE, a Chile y Colombia. En el

Apêndice II se representa la estimación del número de activas año por año y la razón entre usuarias activas (U_t) e ingresos acumulados hasta el año t(ΣI_t).

En el cuadro 12 se ha determinado la cobertura probable de usuarias a nivel nacional en los años 1970 y 1975 y el porcentaje de incremento que ésta ha experimentado en el período 1970-1975.

Cuadro 12

COBERTURA ESTIMADA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA E INCREMENTO RELATIVO ENTRE 1970 Y 1975, SEGUN PAISES

País	Mujeres en edad fértil (15-44 años)		Usuarias estimadas		Cobertura estimada (en porcentaje)		Incremento relativo de la cobertura (en porcentaje)
	1970	1975	1970	1975	1970	1975	1970-1975
Colombia	4 507 104	5 378 583	115 026	722 311	2,6	13,4	415,4
Costa Rica	353 896	434 157	15 165	68 604	4,3	15,8	267,4
Chile	2 118 354	2 421 434	184 548	516 827	8,7	21,3	144,8
El Salvador	689 976	829 374	33 991	97 036	4,9	11,7	138,8
Guatemala	1 085 390	1 281 707	17 242	57 236	1,6	4,5	181,3
Honduras	518 372	604 209	15 466	60 357	3,0	10,0	233,3
Panamá	288 331	339 958	4 387	32 653	1,5	9,6	540,0
República Dominicana	860 873	1 031 216	14 150	71 625	1,6	7,0	337,5

Fuente: - CELADE, Boletín Demográfico, Año VI, N°13, Santiago de Chile, enero de 1974.
- Apêndice II.

a) Para los países (2), (4), (5), (6), (7) y (8) el número de usuarias se estimó a base de la continuidad observada en El Salvador.

b) Para los países (1) y (3) el número de usuarias se estimó a base de la continuidad observada en Chile.

APENDICE I

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

ACTIVIDADES DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA
AÑO 1975

INSTITUCION: ..... PAIS: .....

TIPO DE INSTITUCION:

Gubernamental u Oficial: ☐

Semi-Oficial: ☐

Privada: ☐

Otra: ☐

TIPO DE PROGRAMA:

Sólo Planificación Familiar (vertical): ☐

Integrado a Maternal: ☐

Integrado a un Programa Materno Infantil: ☐

Cuadro 1

COLABORACION DE INSTITUCIONES POR TIPO DE ASISTENCIA

Institución	Tipos de Asistencia*/	
	Financiera	Técnica

*/ Marque con una equis (x) lo que corresponde.

Cuadro 2

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA DURANTE EL AÑO 1975,
POR TIPO DE ANTICONCEPTIVO ADOPTADO AL INGRESAR

Mujeres ingresadas al Programa en el año 1975					
Total	Por tipo de anticonceptivo adoptado al ingresar				
	DIU	Gestágeno Oral	Gestágeno Inyectable	Esterilización	Otros Anticonceptivos

Vasectomías practicadas: _____

Cuadro 3

NUMERO DE CLINICAS, NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS Y ACTIVIDADES REALIZADAS POR TIPO DE ACTIVIDAD, AÑO 1975

Número de clínicas	Número de personas atendidas	Actividades realizadas			
		Total	Por tipo		
			Control	Consulta	Visita a domicilio

Cuadro 4

MUJERES INGRESADAS, EGRESADAS Y ACTIVAS EN EL PROGRAMA AL 31 DE DICIEMBRE DE 1975

Número de Mujeres				
Ingresadas		Egresadas		Activas al 31 de Diciembre de 1975
En el año 1975	Desde inicio Programa	En el año 1975	Desde inicio Programa	

Cuadro 5

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA EN 1975 Y EN AÑOS ANTERIORES A 1975, SEGUN GRUPOS DE EDADES

Grupos de edades	Número de Mujeres Ingresadas			
	1975		Años anteriores a 1975	
	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
Todos				
15 - 19				
20 - 24				
25 - 29				
30 - 34				
35 - 39				
40 - 44				
45 - 49				
Desconocido				

Edad promedio de las mujeres ingresadas en 1975: _____

Edad promedio de las mujeres ingresadas en años anteriores: _____

Cuadro 6

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA EN 1975, SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS

Hijos actualmente vivos	Mujeres ingresadas en 1975
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7 y más	

Cuadro 7

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA EN 1975, SEGUN NUMERO DE ABORTOS PREVIOS AL INGRESO

Número de Abortos	Mujeres Ingresadas en 1975
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7 y más	

Cuadro 8

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA EN 1975, SEGUN NUMERO DE AÑOS DE INSTRUCCION

Número Años de Instrucción	Mujeres Ingresadas en 1975
Ninguno	
1 - 3	
4 - 6	
7 - 12	
13 y más	
Desconocido	

Cuadro 9

PERSONAL DE LAS CLINICAS Y HORAS MENSUALES CONTRATADAS, SEGUN CATEGORIA PROFESIONAL, AÑO 1975

Categoría Profesional o funcionaria	Número de personas	Horas Mensuales contratadas
Médico		
Matrona, obstetriz o partera		
Enfermera		
Asistente o auxiliar de enfermería		
Asistente o trabajadora social		
Motivadora		
Orientadora Familiar		
Psicólogo		
Laboratorista		
Supervisor		
Estadístico		
Archivero		

Cuadro 10

ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS Y ASISTENCIA PROMEDIO POR ACTIVIDAD, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD, 1975

Tipo de Actividad Educativa	Actividades realizadas			Asistencia promedio por actividad
	Total	A usuarias	A no usuarias	
Charlas, Conferencias o pláticas (a grupos)				
Entrevistas individuales				
Entrevistas a parejas				
Exhibición de películas				

Solicitamos además tengan a bien adjuntar:

a) Ficha clínica vigente en 1975
b) Formularios de registro de datos
c) Relatorio de los cursos de adiestramiento realizados por la Institución en 1975.

: INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....

DIRECCION: .....

PERSONA QUE PODRIA PROPORCIONAR INFORMACION DEL PROGRAMA:

NOMBRE: .....

CARGO: .....

NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....

DIRECCION: .....

PERSONA QUE PODRIA PROPORCIONAR INFORMACION DEL PROGRAMA:

NOMBRE: .....

CARGO .....

NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....

DIRECCION: .....

PERSONA QUE PODRIA PROPORCIONAR INFORMACION DEL PROGRAMA:

NOMBRE: .....

CARGO: .....

NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....

DIRECCION: .....

PERSONA QUE PODRIA PROPORCIONAR INFORMACION DEL PROGRAMA:

NOMBRE: .....

CARGO: .....

NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....

DIRECCION .....

PERSONA QUE PODRIA PROPORCIONAR INFORMACION DEL PROGRAMA:

NOMBRE: .....

CARGO: .....

APENDICE II

Tabla 1

EL SALVADOR: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1967-1976

Ingresos		Activas por años de actividad									
Año (t)	Número (I_t)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1966	6 081	4 689	3 808	3 029	2 326	1 786	1 371	1 053	809	621	477
1967	10 309		7 949	6 456	5 135	3 943	3 028	2 325	1 786	1 371	1 053
1968	14 655			11 300	9 178	7 300	5 606	4 304	3 305	2 538	1 949
1969	22 503				17 352	14 093	11 209	8 607	6 609	5 074	3 898
1970	28 898					22 283	18 097	14 394	11 053	8 487	6 516
1971	36 775						28 357	23 030	18 318	14 066	10 801
1972	35 956							27 726	22 517	17 910	13 753
1973	32 532								25 085	20 373	16 204
1974	34 491									26 596	21 600
1975	30 264										23 337
Total activas = $(U)_t$		4 689	11 757	20 785	33 991	49 405	67 668	81 439	89 482	97 036	99 588
Ingresos Ac. = ΣI_t		6 081	16 390	31 045	53 548	82 446	119 221	155 177	187 709	222 200	252 464
$(U_t/\Sigma I_t)100$		77,1	71,7	67,0	63,5	59,9	56,8	52,5	47,7	43,7	39,4

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de los Programas de Planificación de la Familia hasta 1973, CELADE, Serie A, N° 130, abril, 1975.

Soto, Z., América Latina: Actividades Desarrolladas por los Programas de Planificación de la Familia, 1974, CELADE, Serie A, N° 144, julio, 1976.

Cuadro 3.

Tabla 2

COSTA RICA: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1969-1976

Ingresos		Activas por años de actividad							
Año (t)	Número (I_t)	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1968	9 678	7 463	6 061	4 821	3 702	2 842	2 182	1 676	1 287
1969	11 807		9 104	7 394	5 881	4 516	3 468	2 662	2 045
1970	18 654			14 384	11 682	9 292	7 135	5 479	4 206
1971	24 565				18 942	15 384	12 236	9 396	7 215
1972	25 609					19 747	16 038	12 756	9 795
1973	27 569						21 258	17 265	13 732
1974	25 120							19 370	15 731
1975	30 840								23 781
Total Activas $(U)_t$		7 463	15 165	26 599	40 207	51 781	62 317	68 604	77 792
Ingresos Ac. = ΣI_t		9 678	21 485	40 139	64 704	90 313	117 882	143 002	173 842
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		77,1	70,6	66,3	62,1	57,3	52,9	48,0	44,7

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.

Tabla 3

HONDURAS: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1964-1976

Ingresos		Activas por años de actividad												
Año (t)	Numero (I_t)	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1963	1 170	902	732	582	447	343	263	202	155	119	91	0	0	0
1964	1 627		1 254	1 018	810	622	477	366	281	216	166	127	0	0
1965	1 664			1 283	1 042	828	636	488	375	288	221	169	130	0
1966	5 865				4 523	3 673	2 921	2 243	1 722	1 322	1 015	780	598	459
1967	5 645					4 352	3 535	2 811	2 159	1 657	1 272	977	750	576
1968	6 367						4 909	3 987	3 171	2 435	1 869	1 435	1 102	846
1969	6 964							5 369	4 361	3 468	2 663	2 045	1 570	1 206
1970	14 383								11 090	9 007	7 164	5 501	4 224	3 243
1971	15 777									12 165	9 880	7 858	6 034	4 633
1972	22 456										17 315	14 063	11 185	8 589
1973	24 730											19 069	15 487	12 318
1974	25 000a/												19 277	15 656
1975	25 000a/													19 277
Total Activas $(U)_t$		902	1 986	2 883	6 823	9 818	12 741	15 466	23 314	30 677	41 656	52 024	60 357	66 803
Ingresos Ac. $= I_t$		1 170	2 797	4 461	10 326	15 971	22 338	29 302	43 685	59 462	81 918	106 648	131 648	156 648
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		77,1	71,0	64,6	66,1	61,5	57,0	52,8	53,4	51,6	50,9	48,8	45,8	42,6

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.

a/ Estimado.

Tabla 4

PANAMA: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1967-1976

Ingresos		Activas por años de actividad									
Año (t)	Número (I_t)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1966	146a/	112	91	72	55	42	32	25	19	14	11
1967	771a/		594	482	384	294	226	173	133	102	78
1968	515a/			397	322	256	196	151	116	89	68
1969	4 703				3 626	2 945	2 342	1 798	1 381	1 060	814
1970	5 724					4 413	3 584	2 851	2 189	1 681	1 290
1971	17 858						13 770	11 183	8 895	6 830	5 244
1972	6 947							5 356	4 350	3 460	2 657
1973	14 776								11 393	9 253	7 359
1974	13 182b/									10 164	8 255
1975	11 512										8 876
Total Activas $(U)_t$		112	685	951	4 387	7 950	20 150	21 537	28 476	32 653	34 652
Ingresos Ac. = I_t		146	917	1 432	6 135	11 859	29 717	36 664	51 440	64 622	76 134
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		76,7	74,7	66,4	71,5	67,0	67,8	58,7	55,4	50,5	45,5

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.

a/ Datos disponibles sólo para la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia.

b/ Estimado.

Tabla 5

REPUBLICA DOMINICANA: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1969-1976

Ingresos		Activas por años de actividad							
Año (t)	Número (I_t)	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1968	3 522	2 716	2 206	1 754	1 347	1 034	794	610	468
1969	15 490		11 944	9 701	7 716	5 925	4 549	3 493	2 683
1970	17 191			13 256	10 766	8 563	6 576	5 049	3 877
1971	19 735				15 218	12 359	9 830	7 549	5 796
1972	20 270					15 630	12 694	10 096	7 753
1973	25 032						19 302	15 676	12 468
1974	37 806							29 152	23 676
1975	59 159								45 618
Total Activas $(U)_t$		2 716	14 150	24 711	35 047	43 511	53 745	71 625	102 339
Ingresos Ac. = I_t		3 522	19 012	36 203	55 938	76 208	101 240	139 046	198 205
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		77,1	74,4	68,3	62,7	57,1	53,1	51,5	51,6

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.
Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.
Cuadro 3.

Tabla 6

GUATEMALA: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1966-1976

Ingresos		Activas por años de actividad										
Año (t)	Número (I_t)	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1965	2 167	1 671	1 357	1 079	829	636	489	375	288	221	170	0
1966	2 340		1 804	1 465	1 166	895	687	528	405	311	239	183
1967	3 951			3 047	2 474	1 968	1 511	1 160	891	684	525	403
1968	8 319				6 415	5 210	4 144	3 182	2 443	1 876	1 441	1 106
1969	11 066					8 533	6 930	5 512	4 233	3 250	2 495	1 917
1970	22 262						17 166	13 942	11 089	8 515	6 538	5 020
1971	18 478							14 248	11 572	9 204	7 068	5 427
1972	17 920								13 818	11 222	8 926	6 854
1973	20 326									15 673	12 729	10 124
1974	22 182										17 105	13 891
1975	22 800											17 581
Total Activas $(U)_t$		1 671	3 161	5 591	10 884	17 242	30 927	38 947	44 739	50 956	57 236	62 506
Ingresos Ac. = ΣI_t		2 167	4 507	8 458	16 777	27 843	50 105	68 583	86 503	106 829	129 011	151 811
$(U_t/\Sigma I_t)$. 100		77,1	70,1	66,1	64,9	61,9	61,7	56,8	51,7	47,7	44,4	41,2

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.

Tabla 7

CHILE: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1965-1976

Ingresos		Activas por años de actividad											
Año (t)	Número (I_t)	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1964	579	482	464	424	392	369	346	323	301	281	262	244	228
1965	354		295	284	260	239	226	211	197	184	172	160	149
1966	58 033			48 308	46 508	42 547	39 246	36 991	34 663	32 331	30 155	28 126	26 233
1967	59 385				49 434	47 591	43 538	40 160	37 853	35 471	33 084	30 858	28 781
1968	62 209					51 785	49 854	45 609	42 070	39 653	37 157	34 657	32 325
1969	61 672						51 338	49 424	45 215	41 707	39 311	36 837	34 358
1970	65 393							54 435	52 406	47 943	44 223	41 683	39 059
1971	60 387								50 268	48 394	44 273	40 838	38 492
1972	62 889									52 351	50 399	46 107	42 530
1973	122 381										101 874	98 076	89 724
1974	191 296											159 241	153 305
1975	207 175												172 459
Total Activas $(U)_t$		482	759	49 016	96 594	142 531	184 548	227 153	262 973	298 315	380 910	516 827	657 643
Ingresos Ac. = ΣI_t		579	933	58 966	118 351	180 560	242 232	307 625	368 012	430 901	553 282	744 578	951 753
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		83,2	81,4	83,1	81,6	78,9	76,2	73,8	71,5	69,2	68,8	69,4	69,1

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.

Tabla 8

COLOMBIA: ESTIMACION DEL NUMERO DE MUJERES ACTIVAS AL 30 DE JUNIO, 1967-1976

Ingresos		Activas por años de actividad									
Año (t)	Número (I_t)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1966	6 689	5 568	5 361	4 904	4 524	4 264	3 995	3 727	3 476	3 249	3 024
1967	22 405		18 651	17 955	16 426	15 152	14 281	13 383	12 482	11 642	10 881
1968	18 828			15 673	15 089	13 804	12 733	12 001	11 246	10 489	9 783
1969	94 887				78 987	76 042	69 566	64 169	60 483	56 676	52 862
1970	96 219					80 096	77 110	70 543	65 070	61 332	57 472
1971	115 945						96 516	92 918	85 005	78 410	73 906
1972	127 024							105 739	101 797	93 128	85 903
1973	149 341								124 316	119 682	109 489
1974	213 126									177 412	170 799
1975	132 493									110 291	106 180
Total Activas $(U)_t$		5 568	24 012	38 532	115 026	189 358	274 201	362 480	463 875	722 311	680 299
Ingresos Ac= ΣI_t		6 689	29 094	47 922	142 809	239 028	354 973	481 997	631 338	844 464	976 957
$(U_t/\Sigma I_t) \cdot 100$		83,2	82,5	30,4	80,5	79,2	77,2	75,2	73,5	85,5	69,6

Fuentes: Soto, Z., América Latina: Situación de ..., op. cit.

Soto, Z., América Latina: Actividades ..., op. cit.

Cuadro 3.