Centro Latinoamericano de Demografía

CELADE

PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA: ALGUNAS TABULACIONES RECOMENDABLES Y SU UTILIZACION

Albino Bocaz
y
Zaida Soto González

DS/24
Noviembre, 1976
60

El "Seminario sobre Métodos de Evaluación de Efectos Demográficos de Programas de Planificación de la Familia", es una actividad desarrollada en el marco del Programa de Cooperación e Intercambio CELADE/CANADA.

I N D I C E

Página

INTRODUCCION

Al revisar los objetivos de los programas de planificación de la familia que actualmente se desarrollan en diversos países del mundo, puede constatarse que en ellos se consideran no solamente objetivos de salud sino que también demográficos o de bienestar familiar en general.

En algunos países el rápido crecimiento de la población ha decidido al gobierno a establecer estos programas con el propósito de reducir la tasa de crecimiento. Para lograrlo, esos programas han fijado como metas inmediatas el aumento del grado de conocimiento de actitudes y de prácticas anticonceptivas en las mujeres o parejas de la población.

A su vez, este objetivo inmediato se ha logrado a través del establecimiento de objetivos de ejecución, creando un sistema adecuado de información sobre reproducción humana, suministro de anticonceptivos y atención de clientes, sea en las clínicas o en sus domicilios, para mantenerlos activos.

No se dispone en la actualidad de métodos suficientemente sencillos y seguros para poder determinar el impacto que estos programas están logrando, en especial sobre la reducción del crecimiento. En parte esto se debe a que los gobiernos implementan paralelamente proyectos de desarrollo destinados a elevar el nivel socioeconómico de la población.

Todo programa de planificación de la familia da origen a una diversidad de actividades que se enfrentan con la contratación de un número de agentes (médicos, matronas, visitadoras sociales) de acuerdo con las metas de clientes que se quiere alcanzar y mantener bajo control y de los rendimientos esperados por unidad de tiempo trabajado. Esto origina necesidades de evaluación administrativa, en primera instancia, y de efectos o impactos, posteriormente, con el fin de poder saber si el programa se está desarrollando de acuerdo a las metas programadas y está logrando el impacto deseado.

En el campo de la salud pública, la Asociación Americana de la Salud ha definido la evaluación como el "proceso de determinar el valor o cantidad de éxito logrado para alcanzar un objetivo determinado".1/

La evaluación, desde ese punto de vista, se orienta fundamentalmente a los aspectos de organización del programa (evaluación administrativa) y es, en gran medida, a través de las estadísticas de servicio que se puede realizar este tipo de evaluación.

En lo que a planificación de la familia se refiere, cada programa puede describirse en términos de los logros alcanzados respecto a los diversos objetivos planteados, los que se encuentran jerarquizados en orden de importancia decreciente y según el tiempo en el cual deben obtenerse.

1/ ECAFE, "Report of the Regional Seminar on Evaluation of Family Planning Programmes", en Asian Population Studies, Serie N° 5-E.

La evaluación no es otra cosa que un análisis del grado de cumplimiento para cada una de las metas consideradas. Su realización en forma periódica nos permite ver cómo se están alcanzando las diversas metas y cómo se interrelacionan los diferentes logros entre sí. Permite, aun más, modificar las metas y los tiempos de obtención al disponer de cifras de rendimiento más adecuado a la realidad del medio en que se desarrolla el programa.

Desde el punto de vista de las ciencias sociales, la evaluación centra su interés en conocer el grado de cambio de conducta, de actitud y motivación alcanzado, y los factores que están influyendo para ello.

Como los programas de planificación de la familia tienen como sujeto de tratamiento a la familia, a través de la pareja o de la madre, en la evaluación deberá considerarse este enfoque social y recurrir a la aplicación de técnicas de investigación social.

En la evaluación puede considerarse además un enfoque de tipo económico en que se trata de determinar el beneficio alcanzado en función de la inversión hecha (costo). Ello implica una evaluación en términos del análisis "costo-beneficio", o "costo-efecto", en que se calculan los costos de todos los insumos del programa, tales como actividades de difusión, contratación de personal, materiales usados y se comparan esas cifras con los beneficios logrados por el programa. La evaluación tiene por propósito ver si está logrando el máximo de beneficio por unidad de costo a nivel de cada etapa operativa del programa. Para esto se hace necesario adjudicar un precio a cada aspecto del programa y un valor monetario a cada beneficio logrado.

Sin duda que la evaluación en términos monetarios es difícil para aspectos tales como los cambios en el conocimiento y actitud hacia el uso de anticonceptivos de la población. Por esa razón, buscando una salida más promisoria para la evaluación, se opta por determinar los ahorros que se generan debido a los nacidos vivos que se evitan.

De todas maneras, cualquiera sea el o los objetivos de un programa de planificación de la familia y los diversos enfoques de evaluación, como información esencial para esas evaluaciones, será necesario conocer los diversos aspectos del programa, tales como actividades realizadas, materiales anticonceptivos suministrados, características de las personas atendidas, permanencia en actividad de los aceptantes, etc.

Esa información se logra con adecuados documentos de registro, con la publicación periódica de determinado tipo de tabulaciones, y con el análisis de esa información. En este documento se sugiere un juego de tabulaciones, cuyo propósito fundamental es permitir la evaluación administrativa y de impactos del programa en función del volumen de clientes ingresados, de sus características específicas (población elegible) y de la eficacia de los métodos anticonceptivos del programa.

Antes de entrar a analizar las tabulaciones propiamente tales y sus objetivos, se procederá a una somera revisión de los siguientes tipos de temas:

- Objetivos de un programa de planificación de la familia
- Establecimiento de metas
- Algunos procedimientos para la cuantificación de los objetivos
- Estadísticas de servicio como fuente de datos para la evaluación.

I. OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

1. Objetivos de un programa de planificación de la familia de acuerdo a sus finalidades

Con el fin de producir tabulaciones adecuadas para la evaluación de los programas de planificación de la familia, es necesario conocer con anterioridad los objetivos específicos que persigue el programa en particular.

Ya en la introducción se indicó que los objetivos pueden clasificarse de acuerdo al propósito que persiguen por ejemplo, reducir el crecimiento de la población, o al tiempo al cual se desea alcanzar la meta implícita en el objetivo (por ejemplo, objetivo a largo plazo).

Con respecto a los propósitos, los objetivos pueden clasificarse en los siguientes grupos:

a) Demográficos

Reducción del crecimiento poblacional.
Reducción de la población de menores de 5 años.
Reducción de la fecundidad.

b) De salud pública

Reducción del aborto inducido.
Reducción de la mortalidad materna.
Reducción de la mortalidad de menores de 5 años.
Reducción de la morbimortalidad de menores de 5 años.
Mejoramiento de la atención materno infantil.
Elevación del nivel nutricional.

c) Sociales

Mejoramiento de la educación de los hijos.
Mejor atención de los hijos por la madre.
Mejor inversión de los ingresos del hogar.
Posibilitar la planificación de la familia.

d) Económicos

Mayor inversión en los programas de desarrollo.
Mayor capacidad de ahorro en la población.

2. Relación entre los objetivos

Todo programa de planificación de la familia trata de evitar que la mujer se embarace mientras permanece en el programa. Esta permanencia puede durar hasta que la mujer sale del período fértil o hasta que desea tener

otro hijo, siempre que no se le hayan presentado problemas serios en el uso de los anticonceptivos.

En el primer caso, si la mujer ingresa al programa con una paridez baja, éste permitirá reducir el crecimiento poblacional. En el segundo caso, el programa permitirá a la mujer tener su hijo en la época que lo desee, evitando de ese modo que recurra al aborto. Puede suceder que, antes de la implantación del programa, el control de la natalidad se haya estado realizando mediante el uso de métodos anticonceptivos poco eficaces y que por tal razón las mujeres hayan recurrido al aborto. Como esta intervención, en general, se hace en condiciones precarias, se originan complicaciones que implican corrientemente hospitalización de la paciente o aun su muerte. El programa de planificación de la familia evitará el embarazo no deseado y el aborto correspondiente, solucionando un problema de salud pública y manteniendo al mismo tiempo el descenso de la natalidad.

Desde hace unos 30 años, en muchos países del mundo se observa un persistente descenso de la mortalidad que afecta, en forma muy diferente, a las personas según la edad. Se puede constatar una reducción apreciable de la mortalidad infantil y de la mortalidad en los primeros 5 años de vida, con una reducción paralela de la mortalidad materna, gracias a una mejor atención de las embarazadas y puérperas. Esto ha originado un crecimiento apreciable de la población de menores de 15 años, en algunos países, debido a que no se ha reducido paralelamente el nivel de la fecundidad.

3. <u>Justificación de la existencia de un programa de planificación de la familia. Requisitos para su éxito</u>

El crecimiento inesperado del tamaño de las familias, por la baja de la mortalidad infantil, ha creado una presión de tipo socio-económicos que ha impulsado a las parejas, a partir de cierta paridez, a interrumpir sus embarazos recurriendo al aborto.

Este comportamiento inadecuado se debe a la falta de conocimiento que tiene la pareja de la existencia y propiedades de los métodos anticonceptivos y a la falta de disponibilidad de ellos en forma directa a un costo reducido o gratis.

De ahí ha nacido la necesidad de establecer programas de planificación de la familia, cuyo objetivo inmediato es aumentar el grado de conocimiento, actitud y prácticas anticonceptivas. Si en lugar de que la mujer empiece a recurrir al aborto cuando el número de hijos sobrevivientes es relativamente alto, ingresa al programa, se logrará solamente un beneficio en salud pública.

El programa logrará reducir el crecimiento de la población en la medida que se incorporen a él las mujeres de una paridez reducida, (por ejemplo, no más de 4 hijos), o sea con el ingreso al programa de mujeres jóvenes. Sin embargo, una proporción considerable de las mujeres jóvenes y de baja paridez ingresan al programa más bien para espaciar sus nacimientos que para limitarlos. En la medida que las mujeres jóvenes continúan con los ideales de tamaño de familia acordes a la tradición de su medio, la situación recién descrita permite prever una discontinuación de uso de

métodos, más alta que los deseos del administrador del programa. Como esas mujeres poseen una alta fecundabilidad, la gran mayoría de ellas se embarazará.

Aparece así la necesidad de cambiar la actitud de la población a la formación de familias de tamaño tradicionalmente alto, por la de otras más pequeñas. De esa manera, aunque uno de los objetivos inmediatos del programa sea el cambio de actitud hacia el uso de anticonceptivos, en la práctica pueden considerarse adicionalmente los cambios de actitud de la mujer (o la pareja) a la formación de familias de tamaño más reducido. Este cambio se logrará, en general, a largo plazo y podrá detectarse indirectamente, a través de las estadísticas de servicio, en función de los abandonos del programa cuya causa es "deseo de un nuevo hijo", o pérdidas de seguimiento (sin causa conocida).

Si se comprueba que las condiciones de desarrollo actual y futuro en el país no permiten la formación de familias demasiado grandes, ya que esas condiciones no concuerdan ni concordarán con el grado de aspiración que los padres tienen para el futuro de sus hijos, se puede desarrollar un programa que efectivamente sea de planificación de la familia, en que se concilien los factores antes indicados.

Por otra parte, es fácil comprobar que son las familias de niveles socio-económicos más bajos las que desconocen, en mayor proporción, las propiedades de los anticonceptivos. Ademas, las mujeres que los conocen usan aquellos que tienen menor eficacia y en forma muy discontinua. En este caso, el programa de planificación de la familia no solamente permitirá dar a conocer distintos métodos anticonceptivos a esos grupos familiares, sino que además los suministrarán gratuitamente. Los logros que alcance el programa en estos grupos decidirán el éxito del programa.

4. Diagnóstico de la situación

Para justificar la puesta en marcha de un programa de planificación de la familia, se necesita verificar si en la población se presentan los problemas antes señalados y en las direcciones previstas. De ahí surge la necesidad de realizar Encuestas de Diagnóstico para conocer la velocidad de formación de la familia, la medida en que las mujeres, que han alcanzado cierto tamaño de familia, recurren al aborto y el grado de conocimiento, actitud y práctica de anticonceptivos a nivel de población.

Estas encuestas de diagnóstico pueden ser Encuestas de Fecundidad en que se incorpora un módulo CAP, o bien Encuestas de Aborto Inducido, en que se incluye la Historia sobre Embarazos y el CAP.2/.

Estas encuestas, sin embargo, presentan deficiencias en lo que respecta a la confiabilidad de la información sobre el tipo de anticonceptivos usados, como al de los tiempos de uso de cada método en particular CELADE

2/ CELADE, Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL).

ha introducido la Historia de la Vida Sexual del último año en las Encuestas de Aborto Inducido, con lo cual se ha logrado reconstruir adecuadamente la vida anticonceptiva reciente de la mujer.3/

Las encuestas sobre aborto inducido que corrientemente se realizan son de tipo retrospectivo y, por lo tanto, no permiten obtener una adecuada declaración de los abortos. Es por esta razón que se han ensayado encuestas prospectivas, entrevistando, mes a mes, una muestra aleatoria de mujeres de la población para registrar la ocurrencia de abortos. Aunque las pruebas realizadas en CELADE han demostrado que éste es un sistema que logra acercarse bastante al número "efectivo" de abortos, su realización resulta de alto costo y se ve afectada por la pérdida de seguimiento de las mujeres. Se puede pensar que parte de las mujeres que se pierden de la encuesta de seguimiento son aquellas que han recurrido al aborto en el mes particular en que se salieron de la observación.

Se ha argumentado que parte de la falta de confiabilidad de los datos de encuestas de aborto se debe a que las preguntas se hacen en forma directa a las mujeres. Un procedimiento indirecto de obtención de información podría dar mejores resultados, lo cual puede lograrse haciendo que la mujer encuestada tenga la posibilidad (conocida por el investigador) de elegir entre dos preguntas: una de ellas es la pregunta conflictiva y la otra no guarda ninguna relación con la anterior (método de la pregunta aleatorizada).4/

Dado que el sistema de encuestas con preguntas aleatorizadas exige un mayor nivel de educación de las mujeres encuestadas, el sistema aún no ha sido probado en América Latina.

De todas maneras, la presencia de cualquier programa de planificación de la familia podrá justificarse en la medida que se disponga de datos que permitan conocer la magnitud de los problemas demográficos, de salud pública o sociales, el tipo de personas que están afectadas por ellos, el grado de aceptación que podrán tener los métodos del programa, la disponibilidad de agentes para realizar las actividades, el desarrollo general del país y las organizaciones comunitarias. Parte de estos datos se lograrán con encuestas en la población de los tipos que se han señalado, y otras, con "pruebas pilotos" en algunas áreas del país en que se desarrollan programas de planificación de la familia.

5. Planteamiento de objetivos de acuerdo al diagnóstico

Con respecto a la reducción de la fecundidad, ésta podrá considerarse un objetivo de largo alcance, ya que para lograr un descenso importante de ella, se necesita no solamente una cobertura alta de mujeres en edad fértil o de parejas en el programa, sino un ingreso muy temprano de las mujeres (mujeres jóvenes) o de las parejas recién formadas. La contribución neta

3/ CELADE, Programa de Estudios Comparativos sobre el Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos en América Latina (PEAL)

4/ Warner, S.L.,"Randomized Response: A Survey Technique for Eliminating Evasive Answer Bias", en Journal of the American Statistical Association 60: 63-69, 1965.

del programa a la reducción de la fecundidad, corrientemente será difícil de medir, ya que cambios extraprogramáticos, tales como cambios en la nupcialidad podrán estar contribuyendo a la reducción de la fecundidad.

Suponiendo que el programa logra que las mujeres espacíen sus hijos adecuadamente, sin recurrir al aborto, se estaría logrando un objetivo de salud pública como el mejoramiento de la atención materno-infantil.

La necesaria transformación de este tipo de objetivo en metas definidas presentará bastantes problemas. Asimismo objetivos de salud, como la reducción de la morbilidad de menores de 5 años implica una reducción tal de la natalidad que permita a la madre dar una mejor atención a sus hijos. Este objetivo, tal como el indicado en el párrafo anterior, está ligado al de reducción de la fecundidad y, por lo tanto, se puede considerar un objetivo a largo plazo (obtenible al cabo de 10 años, por ejemplo).

El cumplimiento del objetivo "reducción de la mortalidad materna" se logra, en parte, con la reducción del aborto inducido; en tal caso es posible concretar metas deseadas.

Al igual que los objetivos de salud pública recién comentados, el logro de objetivos de tipo social implica que el programa permita reducir a corto plazo la fecundidad aumentando apreciablemente el espaciamiento entre los hijos, desde que la mujer ingresa al programa. El establecimiento de indicadores adecuados para medir el mayor grado de atención de las madres a sus hijos y la mayor distribución de ingresos dentro del hogar, no deja de ser un problema de difícil solución. La creación de esos indicadores será necesaria para poder establecer las metas y determinar posteriormente el grado de cumplimiento de ellas.

De lo anterior se desprende que no será posible establecer tan fácilmente una meta como reducir en un determinado tanto por ciento la mortalidad para menores de 5 años en (t) años, aunque el programa puede estar logrando ese tipo de impacto. De la misma manera beneficios sociales como "mayor bienestar de la familia", deberán traducirse en metas concretas, para saber cuánto se está avanzando en su cumplimiento. Convendría considerar posteriormente en la evaluación no solamente la reformulación de las metas previstas, sino que el establecimiento de metas concretas para aquellos objetivos que no habían sido cuantificados.

Parte importante de la información para la evaluación la dará el sistema de estadísticas de servicio y la parte complementaria deberá forzosamente obtenerse de encuestas especiales: encuestas de seguimiento por ejemplo, en que se completa la parte desconocida de la experiencia anticonceptiva de la mujer que ha abandonado el programa; encuestas de evaluación a nivel de población, etc.

II. ESTABLECIMIENTO DE METAS

1. Las metas en función de los objetivos propuestos

Cualquier tipo de objetivos que se quiera lograr mediante un programa de planificación de la familia deberá traducirse en metas a corto, mediano y largo plazo. Si, por ejemplo, el objetivo del programa es reducir la tasa de crecimiento del país, deberá conocerse no solamente la tasa de crecimiento inicial, sino también a la que se quiere llegar. Deberá asimismo indicarse el tiempo al cual desea alcanzarse la meta, período que en general no podrá ser menor de 5 años.

La reducción del crecimiento se logrará bajando la tasa de natalidad desde el nivel conocido inicial hasta un nivel que tome en cuenta el descenso de la mortalidad. Conociendo el nivel de la tasa de crecimiento al que se quiere llegar y el tiempo que se estima demorará en obtenerse, esta meta podrá, a su vez, convertirse en metas de aceptación de clientes al programa por unidad de tiempo, presupuestando una permanencia mínima como usuarios y una adecuada elegibilidad.

Este ingreso deseado de clientes en tiempo y espacio, permitirá estimar el volumen de las actividades que debe realizar el personal de salud encargado del programa (médicos, matronas, educadores, etc.), y el volumen correspondiente de actividades administrativas.

2. Información requerida para verificar el cumplimiento de metas

Las estadísticas de servicio permitirán conocer el ingreso efectivo de clientes y su comparación con el ingreso deseado. También permitirán determinar "índices de cumplimiento" que nos indicarán si se están alcanzando las metas programadas.

El grado de cumplimiento de las metas establecidas dependerá de la reacción favorable que se logre en la población para las actividades del programa y de la adecuada labor de captación de clientes hecha por los agentes de referencia.

El volumen de ingreso al programa, propuesto como metas a nivel de áreas de salud, dependerá no solamente de la población de mujeres o parejas elegibles en esas áreas sino del grado de cobertura que se desea alcanzar. Para poder conocer la población de mujeres o parejas elegibles deberá contarse con datos de población (censos o encuestas muestrales) que nos provean, con cierto grado de aproximación, estimación de la distribución de mujeres en edad fértil, según características específicas (edad, paridez, nivel socio-económico) y, además, la experiencia anticonceptiva previa al ingreso, tenido o que tienen las mujeres, al momento de entrar en ejecución el programa.

El conocimiento de cifras de población femenina "elegible" a nivel de área de salud permitirá establecer "metas conservadoras" que eviten la frustración posterior de los administradores, si ellas se establecen muy por encima de las realmente factibles de alcanzar.

3. Factores condicionantes del logro de las metas

El tipo de mujeres (o de parejas) más adecuado como clientes del programa dependerá de los objetivos de éste, de modo que en función de esos objetivos puede ser necesario lograr el ingreso máximo posible de mujeres en edad fértil de alta paridez (fecundabilidad alta) o bien las mujeres más propensas a recurrir al aborto.

El ingreso de mujeres al programa (clientes nuevas) deberá estar reforzado por una permanencia mínima en él, que asegure que los clientes tengan un grado de protección compatible con las cifras de rendimiento preestablecidas en el cálculo estimativo de las metas. Esto permitirá asegurar que la mujer no se embarace antes de un tiempo determinado, evitando de ese modo que la mujer aborte o tenga un nacido vivo no deseado.

El ingreso (mensual) de clientes nuevos deberá tomar en cuenta aspectos tales como:

a) características demográficas de los clientes: edad, estado conyugal, paridez, etc.

b) experiencia anticonceptiva previa

c) experiencia abortiva previa

d) motivo o razón para usar el programa: espaciamiento de los hijos, y limitación del tamaño de la familia

que, posteriormente, permitirán separar grupos homogéneos de mujeres para estudiar el efecto del programa en cada uno de ellos.

La reducción de la natalidad a un nivel predeterminado se puede lograr mediante la reducción de los nacidos vivos a un nivel preestablecido, compatible con la eficacia esperada en los anticonceptivos del programa.

En la eficacia de los anticonceptivos se toma en cuenta la permanencia o continuidad de la mujer bajo tratamiento anticonceptivo y la tasa de fracaso (embarazo usando anticonceptivo) que se tiene en forma acumulada al cabo de cierto tiempo.

Esta eficacia de los anticonceptivos no solamente depende del tipo de anticonceptivo usado, sino de la motivación con que la mujer entra al programa. De ese modo, si una mujer entra al programa para no tener más hijos, se espera que la permanencia será significativamente diferente a la de una mujer que entra solamente para espaciar sus hijos.

Puede presentarse en los programas, el caso de mujeres que han estado usando anticonceptivos antes del ingreso y que, habiendo tenido efectos secundarios en el uso de ellos, quieren verificar si los anticonceptivos del programa no los producen. Si después de un cierto tiempo de permanencia en el programa se prueba que los anticonceptivos que éste administra le producen los mismos efectos secundarios que los anticonceptivos que estaban usando, o aun más, le originan otros más severos, es muy probable que se retiren del programa y continúen con la práctica previa. Es de mucho interés conocer la proporción de mujeres que están entrando al programa en esta situación, ya que su posterior retiro contribuiría a dar una falsa imagen de fracaso de éste.

III. ALGUNOS PROCEDIMIENTOS PARA LA CUANTIFICACION DE LOS OBJETIVOS

1. Procedimiento de los años/pareja de protección (APP)

La determinación del número de ingresos que se desea en un programa de planificación de la familia, cuyo objetivo último es la reducción de la natalidad, puede hacerse con cierta comodidad usando la técnica de los "años/pareja de protección" desarrollada por S. M. Wishik. Aunque el uso de este indicador de eficacia anticonceptiva no es el mejor, si se compara con aquellos que se apoyan en el método de tabla de vida, resulta de muy fácil aplicación.

El mismo índice sirve para justificar, indirectamente, la proposición de ciertos tipos de tabulaciones que consideraremos más adelante.

El año/pareja de protección, tal como su nombre lo indica, es el tiempo -en años- que se estima como protección media de la pareja por el uso de un anticonceptivo determinado. Esta protección está altamente relacionada con la edad de la mujer a la cual, a su vez, están asociadas diversas otras variables: biológicas, de comportamiento, etc.

Así, por ejemplo, si el valor del índice es de 0,75 para el primer año de uso de DIU, ello quiere decir que una pareja en que la mujer adopta el método DIU como método anticonceptivo estará libre de embarazarse en 0,75 de ese año.

Si, por otra parte, el índice es de 1,25 para los dos primeros años de uso del DIU (24 meses) la eficacia media del método será de 62,5 por ciento (1,25 / 2,00) y la correspondiente al segundo año de uso será de 0,50 (1,25/ 0,75) de modo que la pareja estará protegida la "mitad del tiempo" en ese segundo año de uso.

1.1 Consideraciones previas para la aplicación del procedimiento

En un programa que todavía no está en operación, lógicamente no se dispondrá de cifras reales de "años/pareja" de protección (APP), de modo que no puede calcularse el volumen del ingreso (meta programada), aunque se tenga una estimación del número de nacidos por evitar en el año, compatible con la reducción deseada en la fecundidad.

En este caso, puede seguirse dos caminos para estimar el volumen de ingresos necesarios. El primer método consiste en usar los APP de otra área o de otro país en que se ha estado desarrollando un programa semejante al que se piensa implementar en el área o país. El segundo método, más adecuado que el anterior, es realizar en algunas áreas del país, pruebas "pilotos" para determinar la eficacia de los anticonceptivos.

El valor del índice APP depende, entre otros factores, del tipo de anticonceptivos usado y de la probabilidad de discontinuación en el uso.

Las causas de discontinuación están relacionadas con la razón de ingreso, la probabilidad de embarazos accidentales usando método y los efectos colaterales en el uso de anticonceptivos.

1.2 Cálculo del tiempo de protección

El cálculo de los tiempos medios de protección APP pueden hacerse en forma "gruesa", conociendo la proporción de usuarios (activos) de un anticonceptivo determinado desde el ingreso hasta una fecha determinada (1 mes, 12 meses, etc.).

Aceptando que la curva de continuación en el uso de un método anticonceptivo es una exponencial decreciente 5/

$$R(t) = a\, e^{-rt}$$

siendo

R = tasas de continuación

a = constante adoptada para tomar en cuenta la brusca caída de la curva en el primer mes

e = base de los logaritmos naturales

r = tasa mensual de continuación

t = tiempo, en meses transcurridos desde el ingreso

el tiempo medio de protección en el transcurso de tiempo desde $t = t_o$ hasta $t = t_1$ es igual a:

$$TMP\ (t_o, t_1) = a\ (e^{-rt_o} - e^{-rt_1})\ /\ r\ (t_1 - t_o)$$

de modo que para cada mujer ingresada al programa durante el primer año se espera un tiempo medio de protección de:

$$APP_1 = a(1-e^{-12r})\ /\ 12r$$

5/ Mauldin, W.P., Nortman, D., Stephan, F.F., "Retention of IUDs: An International Comparison", en Studies in Family Planning, 18: 1-12, abril, 1967

y para el segundo y tercer años con respecto a la fecha de ingreso, de

$$APP_2 = e^{-12r} (APP_1)$$

$$APP_3 = e^{-12r} (APP_2)$$

lo que nos indica que, conociendo el tiempo medio de protección para el primer año y la proporción de mujeres activas al cabo de 12 meses de haber ingresado al programa (e^{-12r}) se podrá tener estimaciones para las protecciones medias en los años posteriores. Estas protecciones a mediados de los diversos años están en progresión geométrica de razón (e^{-12r}). Si adoptamos los valores 6/ $a = 0,9313$; $e^{-r} = 0,9736$ ($r = 0,02675$); se tiene los siguientes valores para los (APP_t) desde $t = 1$ hasta $t = 10$

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APP_t	0,797	0,578	0,419	0,304	0,221	0,160	0,116	0,084	0,061	0,044

para el caso que se dispone de una tabla de eficacia de uso de un DIU.

Si se conoce la proporción de mujeres activas al cabo de 1 y 12 meses, se tiene

$$a\, e^{-r} = l_1 \qquad a\, e^{-12r} = l_{12}$$

de modo que

$$e^{-11r} = l_{12} / l_1; \; a = l_1(e^r)$$

usando los valores $l_1 = 0,9185$; $l_{12} = 0,6878$ se tiene que

$$a = 0,94; \; r = 0,024$$

estimaciones menos eficientes que las usadas anteriormente, pero desde un punto de vista práctico, muy semejantes. Con esos valores de los parámetros (a) y (r) se tiene el siguiente juego de APP_t

t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APP_t	0,816	0,611	0,458	0,343	0,257	0,194	0,144	0,108	0,081	0,060

valores superiores a los indicados anteriormente por tener un (a) mayor y una tasa mensual de continuación (e^{-r}) también mayor.

Las relaciones anteriores nos indican que será necesario disponer de tabulaciones que nos permitan conocer la proporción de mujeres activas para

6/ Wolfers, D., "The Demographic Effects of a Contraception Programme", en Population Studies, Vol. 23, N° 1, marzo 1969, tabla 7, pág. 121.

el fin del año, para las mujeres ingresadas en el mismo año o en años anteriores. Ello permitirá conocer el grado de protección que se está consiguiendo, sea que las mujeres hayan estado usando un solo anticonceptivo o bien, que por razón de complicaciones, hayan estado usando más de un método.

Para el caso de la experiencia del método DIU en Pakistán,7/ se tiene:

$a = 0{,}90$ $r = 0{,}0325$ de modo que los APP_t adquieren los siguientes valores:

t	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APP_t	0,746	0,505	0,342	0,231	0,157	0,106	0,072	0,0486	0,0329	0,022

1.3 Estimación de nacidos vivos evitados

Si se puede estimar la fecundidad "potencial" de las mujeres que ingresan al programa, o sea la fecundidad que habrían tenido si no estuvieran en el programa, se puede multiplicar estas tasas de fecundidad potencial por los APP correspondientes, para lograr estimaciones del número de nacidos vivos evitados en un período determinado de operación del programa.

Las estimaciones de la fecundidad potencial pueden deducirse usando los datos de paridez con que ingresan las mujeres y los "índices de progresión de esas parideces". Estos índices estimarán el aumento de la paridez que se habría producido si la mujer no hubiera ingresado al programa. Se puede argumentar que este procedimiento no es del todo adecuado, ya que el comportamiento de las mujeres de mayor edad, que se usa para estimar el aumento de la paridez de mujeres de menor edad, no sería el mismo que tendrían estas mujeres cuando alcancen la edad de las mujeres que han ingresado al programa a una edad mayor.

Si (f_{xt}) es la tasa de fecundidad potencial en el año (t) para mujeres de edad (x), análogas a las ingresadas, I_{xz} es el número de mujeres de edad (x) ingresadas al programa en el año (z); APP_{t-z} es el índice de protección para la pareja (o mujer) al cabo de (t-z) años, el número de nacidos vivos evitados en el año (t) será igual a:

$$NVE_t = \sum_{15}^{49} APP_{t-z} \; I_{xz} \; f_{xt}$$

7/ Adil, E. "Measurement of Family Planning Progress in Pakistan", en Demography N° 2, págs. 659-665.
Ross, J.A., Stephan, F.E., Watson, W. B., A Handbook for Service Statistics in Family Planning Programs. The Population Council, Nueva York, Apéndice B, págs. 87-90.

en que por razones prácticas conviene usar hasta un valor de (t-z) = k, no superior a 5 ó 10 años, por ejemplo.

La relación indicada más arriba, sobre estimaciones de nacidos vivos evitados, nos indica que al establecer las metas deben hacerse estimaciones "a priori" del ingreso de mujeres en los diferentes años del programa que permita verificar si ese volumen de ingreso logrará el impacto demográfico establecido como meta para el año t. 8/

Posteriormente con el uso de tabulaciones del sistema de estadísticas de servicio, se podrá hacer nuevas estimaciones del número de "nacidos vivos evitados" que permitirá calcular los índices de cumplimiento.

Estas tabulaciones deberán indicarnos el número de activas, por edad y métodos usados en el programa, considerando además la época en que ingresaron al programa. Dado que la continuidad de la anticoncepción depende, de alguna manera, de la experiencia anticonceptiva previa, en las tabulaciones se considerarán, en forma separada, las mujeres que reingresan al programa, ya que sus APP serán generalmente mayores.

Con respecto al cálculo del índice APP, Bean y Seltzer,9/ han llamado la atención acerca de la situación que se presenta cuando un programa particular entrega anticonceptivos orales, por ejemplo, en que se desconoce la proporción de mujeres que realmente los usan. Si se estima el APP en función directa del volumen de los anticonceptivos entregados (gestágenos o anticonceptivos convencionales) se llegará a valores de sobreestimación de la protección y, por lo tanto, a una exageración en el número "estimado" de nacidos vivos evitados. Además, debe tomarse en cuenta que ciertos clientes usan muy irregularmente los anticonceptivos y en ese caso el APP, calculado usando las cifras I_{xz} de ingreso (aceptantes) de edad x en el año z, conducirá también a sobreestimaciones.

De allí, que sin recurrir al uso de tablas de eficacia de uso, Bean y Seltzer han indicado ciertas relaciones para el cálculo de los APP que toman en cuenta esta modalidad de suministro de los anticonceptivos y el uso irregular de los aceptantes.

1.4 Estimaciones de los ingresos necesarios para lograr el número deseado de nacidos vivos evitados

Resulta de bastante interés invertir el indicador APP para contestar preguntas como ¿Cuántas inserciones de DIU se necesitan para evitar un nacido vivo?

8/ Si en lugar de usar tasas de fecundidad se usan tasas de embarazo o tasas de aborto, se logra determinar, en forma análoga, el número de embarazos o de abortos que se están evitando por el uso de anticonceptivos.

9/ Bean, Ll., Seltzer, W., "Couple Years of Protection and Births Prevented: A Methodological Examination", en Demography, Vol. 5, N°2, págs. 947-959, año 1968.

Si (f_{xt}) es la tasa de fecundidad potencial para mujeres de edad (x) en el año (t) y APP_k es el valor del índice de protección de Wishik para mujeres ingresadas hace (k) años al programa, en ese año (k) se evitará un nacido vivo si cada (k) años se hicieron

$$n_{-k} = 1/(APP_k \cdot f_{xt})$$

inserciones. De modo que si para el tercer año el valor del APP es de 0,35 y la tasa de fecundidad potencial de un determinado grupo de mujeres es de 0,300:

$$n_{-3} = 1/(0,35)\ (0,30) = 9,5\ (10)$$

se necesitaría haber realizado 10 inserciones hace 3 años atrás.

De la misma manera, usando ese valor medio de fecundidad potencial (0,3) se tendrá con APP_1 = 0,75 y APP_2 = 0,50 que se necesitan entre 5 a 7 inserciones para evitar un nacido vivo durante el transcurso del primer y segundo años.

Con respecto a los anticonceptivos convencionales debe también tratarse de determinar el APP con base en información de otras áreas o con base en ensayos pilotos previos a la implantación definitiva del programa. En la experiencia de Pakistán se ha adoptado la hipótesis que cien anticonceptivos convencionales tendrían el mismo efecto que un anticonceptivo eficaz (DIU, por ejemplo). Si adoptamos la cifra de protección del orden de 0,01 con una fecundidad media de 0,30, se tendrá que el uso de 333 condones, por ejemplo, logrará evitar un nacido vivo por año. (Esto coincide en cierta medida con las cifras de Taiwán en que se afirma que entre 300 a 400 anticonceptivos convencionales evitan un nacido vivo).

En resumen, el uso del indicador APP permitirá estimar el número de clientes que deben ingresar al programa para lograr a partir de ese momento y al cabo de 1, 2 ó más años, un determinado número de nacidos vivos evitados.

2. Grado de aceptabilidad de un programa de planificación de la familia en la población 10/

Es importante señalar que un programa de planificación no necesariamente puede tener éxito para alcanzar algunos de los objetivos propuestos. Por ejemplo, puede suceder que el programa no logre reducir suficientemente la fecundidad, no obstante que en el plan de operaciones se consideren actividades de difusión y promoción.

10/ Tabbarah, R.B., "Birth Control and Population Policy", en Population Studies, Vol. 18, N°2, págs. 187-196.

Es importante poder predecir si las actividades de educación, por ejemplo, lograrán crear conciencia en la pareja acerca del número ideal de hijos de modo que se genere "un deseo positivo" para controlar la natalidad. Antes de la implantación de un programa de planificación de la familia existen sectores de la población que tienen una idea relativamente sólida acerca del número deseado de hijos y que, por lo tanto, practican eficientemente la anticoncepción.

Usando los conceptos de "número deseado de hijos" y "deseo de controlar la natalidad" pueden deducirse algunas relaciones sencillas para prever si la puesta en operación de un programa de planificación de la familia logrará el impacto demográfico deseado en la fecundidad.

Si HD = número de hijos deseados por la pareja
S = probabilidad de supervivencia de un nacido vivo hasta el comienzo de edad fértil (15 años)
I = intervalo medio entre nacidos vivos (en años)
w = edad de término del período fértil
m = edad (media) a la que se casan las mujeres

El número (NN) de nacidos necesarios para asegurar el número de hijos sobrevivientes hasta la edad 15 será igual a

$$NN = HD/S$$

Si T es el tiempo necesario para alcanzar este número de hijos (NN) tendremos que:

$$T = NN(I) = HD \left[(I)/S \right]$$

De ahí puede desarrollarse un índice "d" que resume el deseo de la pareja por controlar sus nacimientos. Puede usarse la relación

$$d = \left[w-(m+T) \right] / \ (w-m) = 1 - \frac{T}{w-m} = 1-HD/ \ \frac{S(w-m)}{I}$$

$$d = 1-HD/C$$

siendo

$$C = h \cdot S/I$$

con

$$h = w-m$$

El valor del índice "d" será positivo, o sea indicará una posición favorable al control de la natalidad, siempre que el número deseado de hijos no exceda de

$$HD_{max} = sh/I$$

de manera que si para un área en desarrollo se tienen valores como s = 0,50; h = 30 (años); I = 3,8 años, las parejas que se han planteado una meta de 4 hijos como número de hijos deseados serán clientes "muy probables" de nuestro programa. Si en cambio el área fuera un área desarrollada en que el valor de los parámetros es s= 0,97; (mortalidad baja); h = 25 (años); I = 2,5 años, cualquier pareja con menos de 10 hijos como

meta para el número deseado de hijos sería un cliente potencial. La situación de implantación de un programa de planificación de la familia, en este último caso, tendría una mayor clientela, no queriendo decir eso que sea útil realizar la inversión controlista, ya que nos podemos encontrar que en esa comunidad la gran mayoría de las parejas ya están planificando la familia con métodos anticonceptivos eficaces.

Podría suceder el caso que las parejas de la comunidad teniendo bajos índices de mortalidad (que no corresponden a su nivel de desarrollo económico) tuvieran una alta fecundabilidad y el control de la natalidad se estuviera haciendo a expensas del aborto.

Es importante disponer de un índice que nos muestre la reducción que se lograría en la natalidad si las parejas pasaran del régimen 1 de anticonceptivos a un nuevo régimen 2 propiciado por el programa.

Si b_1 = tasa de natalidad para parejas que han alcanzado el número de hijos deseados en régimen 1 de anticonceptivos.

$NVPAHD_1$ = nacidos vivos en parejas que alcanzaron el número de hijos deseados que se producirían con el régimen 1 de anticonceptivos.

PAHD = número de parejas que alcanzaron sus hijos deseados.

$$b_1 = NVPAHD_1 / PAHD$$

obviamente el número $NVPAHD_1$ son los nacidos vivos "no deseados" de esas parejas,

y

b_2 = tasas de natalidad para parejas que han alcanzado el número de hijos deseados, en régimen 2 de anticonceptivos.

con $b_2 = NVPAHD_2 / PAHD$

b_0 = tasa de natalidad para las parejas que no han alcanzado el número de hijos deseados,

de modo que $b_0 = NVPNAHD / PNAHD$

y finalmente, g = PAHD / PNAHD = razón entre parejas que han alcanzado el número deseado de hijos y las parejas que aún no lo logran,

se tiene que $NVPAHD_1 / NVPNAHD = NVND_1 = g\, b_1 b_0 = q_1$

siendo $NVND_1$ = nacidos vivos no deseados bajo régimen 1 de anticonceptivos

NVD_1 = nacidos vivos deseados bajo régimen 1 de anticonceptivos

$q_1 = NVND_1 / NVD_1$

y de la misma manera

$$q_2 = NVND_2 / NVD_2 = g\ b_2/b_0$$

El número de nacidos vivos, bajo régimen 1 ó régimen 2 son, respectivamente:

$$NV_1 = NVD + NVND_1$$

$$NV_2 = NVD + NVND_2$$

ya que el número de nacidos vivos deseados (NVD) es independiente de los regímenes anticonceptivos. El cambio relativo de la natalidad al pasar del régimen 1 al régimen 2 será:

$$e = (NV_1 - NV_2) / NV_1 = (NVND_1 - NVND_2) / NV_1$$

que mide la "eficacia" del régimen 2 frente al régimen 1.

Como $NV_1 = NVPAHD_1 + NVPNAHD = PAHD\ (b_1) + PNAHD\ (b_0)$

$$NV_1 / PAHD\ (b_1) = 1 + \frac{b_0}{gb_1}$$

y $NVPAHD_2 / NVPAHD_1 = b_2/b_1$

de modo que $(NVPAHD_1 - NVPAHD_2) / NVPAHD_1 = 1 - b_2/b_1$

se tiene que la "eficacia" relativa del régimen 2 frente al régimen 1 será igual a

$$e = (1-b_2/b_1) / (1+b_0/g\ b_1)$$

que puede escribirse también en la forma

$$e = (q_1 - q_2) / (1+q_1)$$

Si el régimen 2 de anticoncepción es totalmente eficiente (eficacia cien por ciento) en impedir la presencia de nacidos vivos no deseados, o sea, si $b_2 = 0$ la reducción relativa de la natalidad será

$$e' = 1/(1+b_0/ g\ b_1)$$

y como $b_2 = 0$ implica que $q_2 = 0$ puesto que $NVND_2 = 0$, la eficacia máxima obtenida podrá escribirse en la forma alternativa

$$e' = q_1/(1+q_1)$$

El valor de las tasas de natalidad (b_1) podrá conseguirse mediante una encuesta CAP y los valores para las tasas (b_2) se podrán obtener con base en la experiencia anticonceptiva de las mujeres del programa. La eficacia de los anticonceptivos para las mujeres del programa pueden conseguirse a través de tabulaciones sobre activas según año de ingreso o, de manera más fina, mediante el cálculo de tablas de eficacia de uso. Las fichas de ingreso que se llenan al momento de ingresar la mujer al programa puede consultar una historia resumida de los embarazos y la información sobre hijos deseados por la mujer.

La misma situación puede presentarse para la disponibilidad de estimaciones de los parámetros (b_0) y (g). Así, por ejemplo, si en la encuesta CAP se ha logrado saber que aproximadamente el 30 por ciento de las parejas manifiesta un "deseo positivo" de controlar la natalidad y la tercera parte de ellas ya lo ha conseguido (10 por ciento), el valor de (g) será de 1/9. Por otra parte, teniendo en cuenta la posibilidad de fracaso de los métodos anticonceptivos del programa si se tiene que $b_2/b_1 = 1/4$ y $b_0/b_1 = 2$, la eficacia relativa de los métodos anticonceptivos del programa sería igual.

3. La "elegibilidad" como factor determinante en el logro de los objetivos planteados

En la evaluación de efectos intermedios interesa fundamentalmente determinar el cambio del nivel del CAP en la población y conocer la incidencia de los efectos secundarios en el abandono del programa o en los cambios de métodos. Si no existe un sistema de resumen estadístico adecuado (SIDES, 11/ por ejemplo), es indudable que estos resúmenes pueden hacerse usando una muestra de fichas clínicas, pero tal procedimiento ha probado ser de baja eficacia por la falta de uniformidad en el llenado de esos documentos, falta de anotación de actividades o mala definición de ellas e incluso archivos incompletos.

Puede suceder que el programa consulte actividades de sondeo en la población destinada a saber si las mujeres o parejas usarán en un futuro la planificación de la familia. Estas encuestas muestrales pueden averiguar el tiempo a que estas mujeres o parejas recurrirían al programa por servicio anticonceptivo y originar posteriormente visitas a los hogares de mujeres o parejas que ya han cumplido el plazo estipulado.

Una medida simple del éxito de un programa de planificación de la familia lo da la proporción de mujeres o parejas que estando en proceso de formación de la familia recurren a los servicios de tales programas para alcanzar en el tiempo adecuado el tamaño de familia deseado.

Sin duda que no todas las parejas de la población pueden ser consideradas como clientes "deseables" o "elegibles" para el programa. De hecho, en la población existen grupos de parejas que no deben ser tomadas en cuenta en el programa. Tal es el caso de las parejas "estériles" y de las parejas que no desean la anticoncepción, dado que recién comienzan a

11/ CELADE, Sistema de Estadísticas de Servicio.

formar su familia, el caso de las parejas que fuera del programa están usando anticonceptivos eficaces y, finalmente, el de las mujeres con un embarazo deseado.

La no incorporación de estos tipos de mujeres redundará en economías para el programa lo que permitirá atender un mayor número de mujeres "elegibles", alcanzando de esa manera un mayor grado de eficiencia en el uso de los recursos.

Es de interés descomponer las tasas de aceptación[12/] o de ingreso al programa en el producto de una serie de factores, lo que permite ver el efecto que tienen los diversos criterios de elegibilidad que se impongan. Esta descomposición factorial, además, nos indica la necesidad de disponer de tabulaciones que describan las tasas de aceptación (acumuladas o no) de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos, para tener la seguridad que se está cubriendo satisfactoriamente la población elegible.

Si (I) es el total de mujeres en edad fértil que ingresan a un programa de planificación de la familia de un total de (N) mujeres en edad fértil que viven en una de las áreas de salud que sirve al programa; (E_c) el número de mujeres elegibles del grupo (N) de acuerdo al criterio (c); e (I_c) es el número de mujeres ingresadas al programa del subgrupo (E_c), la tasa de ingreso (I/N) puede descomponerse en la forma

$$I/N = (E_c/N)\ (I_c/E_c)\ (I/I_c)$$

en que el factor (E_c/N) representa la proporción de mujeres "elegibles" dentro del total de (N) mujeres en edad fértil en el área de salud; (I_c/E_c) la tasa de ingreso que se está logrando en las mujeres que realmente interesa captar; (I/I_c) razón que indica el sobrecargo en la tasa de aceptación debido al ingreso de mujeres "no elegibles".

Es de interés práctico indicar los resultados obtenidos en un programa piloto desarrollado en Taichung (Taiwán) en abril de 1964 para mujeres casadas de 20-39 años:

12/ Takeshita, J.Y., Freedman, R., "Measuring Acceptance in Family Planning Programme. The Descomposition of Rates by Elegibility", en Demography, Vol. 1, 1970, págs. 158-171.

	Número de mujeres	Tasas de aceptación (Por ciento)	
		Todos los métodos	Método DIU
1. Todas las casadas de 20-39 años (N)	11 393	18	11
2. Casadas, excluyendo mujeres estériles (E_c)	9 554	22	13
3. Casadas, excluyendo mujeres estériles y las que no desean anticonceptivos, pero expuestas (E_c)	5 788	30	18
4. Casadas, excluyendo mujeres estériles y que no desean usar anticonceptivos, pero expuestas y embarazadas (E_c)	4 672	34	20
5. Casadas, excluyendo estériles y que no desean anticonceptivos, pero expuestas, embarazadas y usando anticonceptivo eficaz fuera del programa (E_c)	2 553	44	28

Estas tasas de aceptación se pueden descomponer en los tres multiplicandos antes señalados con el siguiente resultado:

	I/N	E_c/N	I_c/E_c	I/I_c
1. Todas las casadas de 20-39 años	0,185	...	...	...
2. Casadas, excluyendo mujeres estériles	0,185	0,839	0,219	1,01
3. Casadas, excluyendo mujeres estériles, que no desean anticonceptivo, pero expuestas	0,185	0,508	0,297	1,23
4. Casadas, excluyendo mujeres estériles, que no desean anticonceptivo pero expuestas, embarazadas	0,185	0,410	0,341	1,32
5. Casadas, excluyendo mujeres estériles que no desean anticonceptivo pero expuestas, embarazadas, usando anticonceptivos eficaces fuera del programa.	0,185	0,224	0,437	1,89

en que puede notarse el efecto "creciente" en la tasa de aceptación producida por el ingreso al programa de mujeres "no elegibles". Por otra parte, una descomposición como la señalada es de utilidad para ver el efecto diferencial de los impactos debidos a los diferentes grupos demográficos o socio-económicos (si se introduce un criterio de esa índole) que están ingresando al programa.

Estas tasas de aceptación deben calcularse y descomponerse para diferentes grupos de edades considerando que la "edad" de la mujer es una variable de primera prioridad en la explicación. La consideración de la edad implica con mayor fuerza la descomposición de las tasas en esos "multiplicandos", en especial el efecto de incidencia cada vez mayor de la esterilidad fisiológica o provocada.

Las tasas de ingreso para un grupo particular de mujeres puede descomponerse de la siguiente manera:

$$I_g/N = (I_g/N_g)\ (N_g/N)$$

siendo

I_g = mujeres del grupo (g) que ingresan al programa

N_g = total de mujeres del grupo (g)

N = total de mujeres.

Con referencia al mismo estudio "piloto" de Taichung, siendo (N) el grupo de mujeres casadas de 20-39 años, se puede ver la descomposición de las tasas (I_g/N) cuando se considera el nivel educacional alcanzado por las mujeres. Se puede observar que los dos primeros grupos de nivel educacional, aunque son los que más pesan dentro del grupo (N) de mujeres, son los que están ingresando en menor proporción (tasas de ingreso I_g/N_g) que los grupos de nivel educacional mayor.

Nivel educacional alcanzado	Tasas de ingreso (I_g/N)	Ingreso respecto grupo (I_g/N_g)	Peso relativo de cada grupo (N_g/N)
Menos de primaria	0,072	0,177	0,406
Primaria	0,075	0,018	0,417
Secundaria incompleta	0,021	0,217	0,099
Secundaria completa y superior	0,017	0,212	0,078
Total	0,185	...	1,000

Además, la tasa general de ingreso (0,185) está integrada por 0,147 de las tasas de los dos primeros grupos. De esa manera si la tasa 0,185 se considera insuficiente, su elevación se logrará más fácilmente aumentando el ingreso al programa de los dos primeros grupos que hacerlo a expensas de los dos últimos.

La consideración de este tipo de análisis nos indica que en un sistema de estadísticas de servicio deben considerarse las variables que permitan comprobar si la cobertura ha sido adecuada de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos.

El análisis de las tasas de ingreso según elegibilidad de las mujeres permite saber en qué medida el programa está alcanzando la cantidad adecuada de mujeres según características deseables a los objetivos del programa.

Si las tasas de ingreso, periódicas o acumuladas, resultan bajas, se deberá revisar si las actividades de difusión del programa son las que están siendo desarrolladas inadecuadamente y necesitan una corrección inmediata.

Puede suceder que el ingreso periódico o acumulado esté bien, pero que las proporciones de mujeres activas, a una fecha determinada, sean demasiado bajas.

IV. ESTADISTICAS DE SERVICIO COMO FUENTE DE DATOS PARA LA EVALUACION

1. Evaluación en función de los objetivos en el tiempo de obtención

Con respecto al tiempo en que se alcanza un objetivo determinado, estos pueden ser clasificados como objetivos de efecto inmediato, de plazo intermedio o de largo plazo. 13/ Las evaluaciones de los logros de los diversos objetivos se hacen comparando las metas alcanzadas con las metas previamente establecidas.

La evaluación de los efectos inmediatos implica:

- Evaluación de las actividades hechas para la captación de clientes por los agentes de referencia;
- análisis del volumen y características de los clientes ingresados, por áreas de acción de los agentes de referencia.

La evaluación de los efectos intermedios implica:

- Análisis de la tendencia del volumen y características de los ingresos
- evaluación de las actividades realizadas por los agentes
- análisis de la continuidad de clientes según características diversas
- evaluación de los procedimientos administrativos utilizados
- análisis de las características de las mujeres perdidas de seguimiento
- realización de encuestas de seguimiento, con el objeto de completar la historia anticonceptiva y determinar la calidad de la atención
- muestreo de archivos (de documentos de registro de información) para realizar las tabulaciones, en el caso de programas muy grandes
- encuestas de fecundidad o de evaluación de efectos a nivel de población.

13/ Parker, Mauldin, W., "Measurement and Evaluation of National Family Planning Programs", en Demography, Vol. 4, N° 1, Año 1967, págs. 71-80.

2. Análisis de la permanencia de las usuarias en el programa

La permanencia de una mujer en el programa dependerá, en parte, de la calidad de la atención. Esta calidad estará en directa relación con la administración del anticonceptivo apropiado y de la adecuada estrategia para las actividades de control (en la clínica o domiciliarias). No debe olvidarse, además, que el tiempo de permanencia en el programa depende de los motivos que ha tenido la mujer para ingresar en él, o para abandonarlo.

Entre los motivos de ingreso pueden citarse los siguientes:

1. Planificación de la familia (espaciamiento de los hijos)
2. mantención del tamaño alcanzado de familia
3. razones de salud de la mujer
4. razones socio-económicas

En cuanto a los motivos de egreso, tenemos entre otros:

1. Mala atención en la administración y control de los anticonceptivos
2. Presencia de efectos secundarios severos
3. Verificación de la eficacia de uso de un anticonceptivo del programa análogo a un anticonceptivo previamente usado.

Este último es un motivo que justifica en muchos casos el abandono de un programa de gestágenos por mujeres que ya han estado usando un tipo análogo de anticonceptivo y que verifican que los riesgos de embarazo no deseados y complicaciones son prácticamente los mismos que ya habían estado experimentando.

3. Evaluación administrativa de las actividades propuestas

El ingreso de mujeres al programa genera una serie de actividades (anticonceptivas en especial) que deben realizarse con una determinada disponibilidad de personal. Este personal no solamente realiza labores de educación y difusión sino que, con mayor prioridad, actividades relacionadas con la administración y control de los anticonceptivos. El personal asignado a cada una de las actividades dependerá del volumen previsto de ingreso, de las actividades subsecuentes y del rendimiento por unidad de tiempo (productividad). Las estadísticas de servicio deberán proveer cifras del volumen de los diversos tipos de actividades realizadas, junto con la indicación de la categoría del agente que las ha realizado. Estas tabulaciones deberán hacerse a nivel de clínicas y se considerarán siempre como tabulaciones de primera prioridad.

El volumen de actividades realizadas por los diversos agentes se podrá comparar con el compatible a la cantidad de horas trabajadas en el período (mes, por ejemplo) para saber si se está aprovechando bien el presupuesto de horas contratadas, o si el promedio de actividades por hora es tan bajo que indica que se ha hecho una asignación excesiva de tiempo.

Sin duda que un promedio de actividades por hora de contrato puede resultar bajo para algunos agentes (médicos, enfermeras y matronas) debido a que no concurren a las clínicas el número deseado de clientes, lo que a su vez es culpa de un trabajo deficiente de los agentes de referencia.

4. Características de las aceptantes

En las estadísticas de servicio deberá consultarse información acerca de las características de las mujeres ingresadas por primera vez, como asimismo de las mujeres que reingresan al programa. El conocimiento de estas características permitirá elaborar tabulaciones que evalúen la "elegibilidad" de las mujeres en relación con los objetivos del programa.

Las estadísticas de servicio deberán informar, además, acerca de las mujeres bajo control en cuanto a sus características particulares y época de ingreso al programa. También debe considerarse el tipo o los tipos de anticonceptivos que han estado usando y si han tenido algún tipo de experiencia previa en el uso de ellos.

Respecto a las mujeres que no están siendo controladas, no solamente deben conocerse sus características sino las áreas en que las pérdidas son tan altas que la cobertura del programa en esos lugares esté seriamente afectada.

Puede suceder que las mujeres perdidas de control sean las mujeres que recurren con mayor frecuencia al aborto, de manera que el programa no estaría logrando por ejemplo, el objetivo de reducirlo, si éste hubiera sido uno de los objetivos fundamentales, o bien se trata de las mujeres que usan el programa únicamente para espaciar sus hijos sin manifestar ninguna intención en reducir el tamaño de su familia. Desafortunadamente, la situación real en que se encuentran estas mujeres con respecto a la anticoncepción es desconocida y para completar la información no quedará otra alternativa que realizar una encuesta de seguimiento.

5. Contenido de las estadísticas de servicio

La producción de estadísticas de servicio en planificación de la familia exige el registro de la información, tanto para las mujeres ingresadas como para las actividades realizadas. Cualquiera que sea la magnitud del programa deberá disponerse de documentos para el registro de las actividades que diariamente realizan los agentes (Informe Diario de Actividades). Con base en estos documentos de registro se puede, a nivel de clínica, preparar ciertos tabulados muy sencillos que resumen el ingreso de mujeres y de las actividades realizadas, el número de mujeres activas a una fecha dada y los controles programados para un período determinado (mes, por ejemplo).

Algunas de ellas pueden servir para evaluar impactos de salud, demográficos o de otro tipo.

Las tabulaciones recomendadas suponen que la información recogida se hace a través del contenido de los documentos FI e IDA que consulta el sistema SIDES.

Ahora bien, si el programa es de alta cobertura geográfica, la evaluación de las diversas actividades que éste realiza, puede hacerse mediante la tabulación de los datos estadísticos que provea una muestra aleatoria de clínicas o consultorios.

Las tabulaciones que más adelante se recomiendan, en su mayoría sirven para evaluar los aspectos administrativos del programa.

La Ficha de Ingreso (FI) de SIDES-CELADE contiene los siguientes rubros:

- Identificación de la unidad de atención
- identificación del paciente: nombre, domicilio y número de inscripción
- fecha de ingreso
- condición de entrada: ingreso, reingreso, traslado
- nivel de instrucción: 5 categorías
- embarazos tenidos: abortos, nacidos vivos, vivos a la fecha
- tiempo desde la terminación del último embarazo: 6 categorías
- forma de término del último embarazo: 4 categorías
- método anticonceptivo usado en el momento de ingresar al programa: 7 categorías
- método que inicia en el programa: 7 categorías
- estado conyugal

algunos de los cuales son de interés para justificar la discontinuación (razón del ingreso: espaciamiento; estado conyugal: unida).

El Informe Diario de Actividades (IDA), contiene los siguientes rubros:

- Identificación de la unidad de atención
- fecha de la actividad
- nombre del agente
- categoría del agente
- número de inscripción del cliente
- tipo de actividad realizada

que nos permite realizar diversas tabulaciones sobre actividades del programa y calcular índices de cumplimiento.

La combinación de los registros del ingreso de mujeres (FI) junto con el de actividades (IDA), permite elaborar para la mujer ingresada al programa una Historia Anticonceptiva específica. Esta historia se inicia con la primera prescripción o administración de un anticonceptivo y dura hasta el momento en que se produce un cierre del caso por alguna razón conocida o hasta una última actividad realizada con una cita ulterior a un control que la mujer no ha cumplido.

V. TABULACIONES RECOMENDABLES CON FINES DE EVALUACION

En los capítulos anteriores se presentaron los temas básicos siguientes:

a) Objetivos de un programa de planificación de la familia
b) establecimiento de metas
c) algunos procedimientos para la cuantificación de los objetivos
d) estadísticas de servicio como fuente de datos para la evaluación,

con el propósito de justificar, de manera anticipada, el tipo de variables que deben considerarse en el juego de tabulaciones que luego se detallará.

Los tipos de tabulaciones que se proponen a continuación pueden separarse en los grupos que se refieren a los siguientes temas:

Grupo	Tema
1	Actividades en general
2	Ingreso de clientes nuevos
3	Reingreso
4	Situación de actividad (clientes nuevos y antiguos)
5	Controles de clientes
6	Complicaciones en el uso de anticonceptivos
7	Reinicio de método

GRUPO 1

TABULACIONES REFERENTES A ACTIVIDADES EN GENERAL

El objetivo de este tipo de tabulaciones es darnos un panorama general sobre los diversos tipos de actividades que se han estado desarrollando a nivel de clínica. Por integración de los datos de clínicas se puede elaborar tabulaciones a niveles superiores de administración sanitaria como áreas de salud, o bien de desarrollo. Por integración de las regiones lograremos obtener las actividades que el programa desarrolla a nivel nacional.

Las actividades que debe desarrollar un programa de planificación de la familia dependerá de las metas numéricas que plantean los objetivos y de las diversas normas o procedimientos que se establezcan para asegurar un cumplimiento adecuado de ellas. El volumen real de las actividades dependerá del ingreso de clientes y de su permanencia en el programa.

Tabla 1

VOLUMEN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO .....
POR CATEGORIA DEL AGENTE, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Con fines evaluativos de las actividades desarrolladas por el programa y por los agentes, se ha adoptado la siguiente agrupación de actividades relacionadas con anticonceptivos:

1. Actividades de ingreso
2. actividades por reinicio
3. actividades por reingreso
4. actividades de control
5. actividades por cambio de método.

Las actividades de ingreso se refieren, tal como su nombre lo indica, a las que se generan por el ingreso a aceptación de algún anticonceptivo del programa. Dado que el programa puede disponer de DIU, gestágenos (orales o inyectables) y de cualquier otro método anticonceptivo, conviene separar los ingresos por tipo de método que adopta la mujer al ingresar "por primera vez al programa". La actividad de ingreso puede, por lo tanto, referirse a:

1. Inserción de DIU (primera aplicación)
2. indicación de gestágeno (por primera vez)
3. indicación de otro método anticonceptivo (por primera vez)
4. esterilización

en que la situación "primera aplicación o por primera vez" se refiere exclusivamente a la mujer como "cliente" del programa. De esa manera, si la mujer antes de ingresar al programa ya ha estado usando gestágenos, por ejemplo, de todas maneras "primera vez" se refiere al uso de gestágenos "por primera vez" en este programa.

Indudablemente que la permanencia de la mujer bajo tratamientos anticonceptivos del programa, en alguna medida, puede estar influida por la "práctica previa" de anticonceptivos.

Las actividades de reinicio se refieren a la continuación del método que fue suspendido debido a la presencia de complicaciones que determinaron su suspensión por un plazo no superior a tres meses, durante el cual no se usó otro anticonceptivo.

Las categorías de las actividades de reinicio serán:

1. Inserción de DIU (segunda vez o posterior)
2. indicación de gestágenos (por segunda vez o posterior)
3. indicación de otro método anticonceptivo (por segunda vez o posterior).

Las actividades de reingreso se refieren a aquellas que se generan por la readmisión de mujeres que según diversos motivos (personales, embarazo, deseo de hijo) suspendieron la anticoncepción por un tiempo superior a tres meses.

Las categorías de las actividades de reingreso serán:

1. Inserción de DIU (primera vez o posterior)
2. indicación de gestágenos (primera vez o posterior)
3. indicación de otros anticonceptivos (primera vez o posterior)
4. esterilización.

Actividades de control: para las clientes que ya han ingresado al programa se consultarán ciertos controles (preferentemente en las clínicas), con el fin de saber si la mujer está usando el anticonceptivo previamente indicado y si se han presentado complicaciones en el uso o no.

Si no se presenta ningún tipo de complicación, el control se denominará "normal". En cambio, para aquellos controles en que se constatan problemas o complicaciones, se tendrán las situaciones siguientes:

- Complicación, sin cierre
- complicación, con cierre
- cierre por motivos personales
- embarazo.

En caso de que la complicación no es muy severa, el agente mantendrá el uso del anticonceptivo y citará a la mujer para un control posterior, para constatar si la complicación ha desaparecido o se ha hecho más severa. Bajo la primera circunstancia, el segmento de uso de anticonceptivo iniciado por el ingreso de la mujer al programa continuará en vigencia y, por ello, el resultado del control será "complicaciones sin cierre".

Debido a la presencia de complicaciones de cierta severidad por el uso del anticonceptivo indicado al ingreso, el agente procederá a suspender por un tiempo el uso de ese anticonceptivo; el resultado del control será "complicación con cierre". Cuando la mujer vuelve a control puede decidirse que reinicie la anticoncepción, volviendo en algunos casos al uso del anticonceptivo previamente suspendido (reinicio) o bien a uno nuevo (cambio de método) que se espera no producirá nuevas complicaciones que obliguen a una suspensión posterior del nuevo tratamiento anticonceptivo.

La visita de control, en algunos casos, puede dar origen a una suspensión del método por motivos personales indicados por la paciente, como ser oposición del marido, ausencia del marido, deseo de embarazo (planificación de un hijo), etc.: el resultado del control será "cierre por motivos personales".

Durante el control puede también constatarse la presencia de un embarazo "no deseado" que se contabilizará como fracaso del método, si se verifica que se ha producido bajo régimen anticonceptivo.

Las actividades por cambio de método se refieren a la continuación de la anticoncepción con un método distinto al que la mujer estaba usando dentro del programa y que tuvo que suspender por complicaciones o problemas de cualquier tipo. El tiempo que podrá transcurrir entre el cierre de un método y el cambio de método no debe exceder a tres meses. De lo contrario, se considerará como una actividad de reingreso.

Es conveniente que se registre la dirección del cambio de método, ya que esto permitirá conocer cuál o cuáles son los métodos que están siendo inadecuados para una población dada. Sin embargo, en la tabla 1 se ha preferido categorizar los cambios de método, teniendo en cuenta solamente el método al que se cambia, ya que su propósito es más bien general.

Los distintos tipos de actividades desarrolladas se categorizan de acuerdo al agente que las realizó.

Las actividades citadas hasta ahora tienen que ver directamente con la administración y control de los anticonceptivos del programa.

Sin duda que las actividades anteriores pueden complementarse con algunas otras de mucha importancia, entre las que se destacan aquellas destinadas a la prevención y diagnóstico de cáncer, como los exámenes de Papanicolau para detectar la presencia de cáncer al útero, examen por esterilidad, tratamiento ginecológico.

A estas actividades pueden agregarse las actividades educativas o de motivación (charlas, programas de radio, visitas domiciliarias), difíciles de tabular adecuadamente en cuanto a personas cubiertas, a excepción de las visitas domiciliarias. Estas visitas pueden hacerse con el objeto de integrar nuevas mujeres al programa o hacer que se controlen aquéllas que han dejado pasar demasiado tiempo sin controlarse, con el fin de reducir la pérdida de seguimiento.

De acuerdo con las ideas expuestas se ha elaborado la tabla 1.

En esta tabla se indica, aparte del volumen de actividades de un tipo determinado, desarrolladas por los médicos, matronas u otros agentes, cómo se distribuyen las actividades de cada clase de agentes en las categorías señaladas.

Tabla 2

RESUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO .....
POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN AGENTES Y CATEGORIA

Por razones de evaluación administrativa del personal, el volumen de actividades en los seis grandes grupos señalados puede tabularse para cada uno de los agentes que trabajan en cada una de las clínicas, contrastándose ese volumen de actividades con el tiempo a contrata de esos distintos agentes. (Se entiende el tiempo bajo contrato que destinan a las actividades propias del programa de planificación de la familia).

Tabla 1

VOLUMEN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO .....
POR CATEGORIA DEL AGENTE, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Tipo de actividad	Volumen de actividades									
			Por tipo de agente							
	Total		Médicos		Matronas		Otro agente		No asignado	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Todas las actividades		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
De ingreso										
Por reinicio										
Por reingreso										
De control										
Por cambio de método										
De ingreso		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Inserción de DIU										
Indicación de gestágenos										
Indicación de otros anticonceptivos										
Esterilización										
Por reinicio		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Inserción de DIU										
Indicación de gestágenos										
Indicación de otros anticonceptivos										
Por reingreso		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Inserción de DIU										
Indicación de gestágenos										
Indicación de otros anticonceptivos										
Esterilización										
De control (Cualquier tipo de AC)		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Normal										
Embarazo										
Complicaciones, con cierre										
Complicaciones, sin cierre										
Cierre por motivos personales										
DIU		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Normal										
Embarazo										
Complicaciones, con cierre										
Complicaciones, sin cierre										
Cierre por motivos personales										

(continúa)

Tabla 1 (Conclusión)

VOLUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO .....
POR CATEGORIA DEL AGENTE, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Tipo de actividad	Volumen de actividades									
			Por tipo de agente							
	Total		Médicos		Matronas		Otro agente		No asignado	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Gestágenos		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Normal										
Embarazo										
Complicaciones, con cierre										
Complicaciones, sin cierre										
Cierre por motivos personales										
Otros		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Normal										
Embarazo										
Complicaciones, con cierre										
Complicaciones, sin cierre										
Cierre por motivos personales										
Por cambio de método		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Inserción de DIU										
Indicación de gestágenos										
Indicación de otro anticonceptivo										
Esterilización										
Otras actividades		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
PAP										
Visita domiciliaria										
Otras										

PAIS: _____ PROGRAMA: _____

INSTITUCIÓN: _____

AREA DE SALUD: _____

UNIDAD DE ATENCION: _____

Tabla 2

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO .....
POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN AGENTES Y CATEGORIA

Agentes y categoría	Horas asignadas	Actividades desarrolladas											
				Por tipo de actividad									
		Total		De ingreso		Por reinicio		Por reingreso		De control		Por cambio método		Otras actividades	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Todos los agentes			100,0												
Total médicos			100,0												
101			100,0												
102			100,0												
103			100,0												
.			.												
.			.												
.			.												
.			.												
.			.												
Total matronas			100,0												
201			100,0												
202			100,0												
203			100,0												
.			.												
.			.												
.			.												
Total otros agentes			100,0												
Total no asignado			100,0												

Tabla 3

NUMERO MEDIO DE ACTIVIDADES POR HORA ASIGNADA, POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN AGENTE Y CATEGORIA

El número de actividades que puede desarrollar un agente de un programa de planificación de la familia dependerá no solamente de la afluencia de clientes al programa, sino del tiempo por el cual ha sido contratado.

Suponiendo que la afluencia esperada de clientes del programa de planificación de la familia regula el tiempo a contrata de los agentes, un agente rendirá más actividades en la medida que disponga de un contrato por un mayor tiempo. Se puede preparar una tabulación en que se indique para cada agente el promedio de actividades por hora contratada y la distribución de ese valor medio en las seis categorías señaladas. Se puede calcular el promedio para todos los agentes de la misma categoría para ver cuántos de ellos tienen un rendimiento (por hora contratada) por debajo del promedio general. Sin duda que puede suceder que este promedio general sea bajo por poca afluencia de clientes o porque los agentes toman demasiado tiempo en la realización de cada actividad. Puede ser que el promedio sea alto, pero en ese caso puede suceder que la atención sea defectuosa. Tomando en cuenta las normas establecidas, se podrá utilizar el promedio, según categorías de los agentes, para conocer aquéllos que están muy por debajo de ese valor normativo medio. También puede analizarse el caso de agentes que están muy por encima de ese promedio normativo, ya que pudiera suceder que estén realizando un trabajo poco eficiente (por ejemplo, una tasa mayor de complicaciones en el uso de los anticonceptivos con cambio de método por ese grupo de agentes).

La tabulación 3 puede considerarse una tabulación de segunda prioridad por la dificultad que tiene su cabal interpretación, la formulación de rendimientos normativos adecuados y la asignación de horas a cada tipo de actividad.

Tabla 4

NUMERO MEDIO DE ACTIVIDADES POR MUJER, POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU INGRESO, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Las actividades que se realizan basadas en las mujeres que ingresan a un programa de planificación de la familia en un período determinado (último trimestre, por ejemplo), son mayores que las que se realizan con mujeres que han entrado antes de ese período de referencia.

Buscando una partición del tiempo -desde el ingreso a la fecha de la tabulación- relativamente adecuada, pueden usarse las siguientes cuatro categorías:

- menos de un mes
- 1 a 3 meses
- 4 - 12 meses
- 13 meses y más

Tabla 3

NUMERO MEDIO DE ACTIVIDADES POR HORA ASIGNADA, POR TIPO DE ACTIVIDAD, SEGUN AGENTE Y CATEGORIA

Agentes y categoría	Promedio general	Número medio de actividades por hora asignada					
		Por tipo de actividad					
		Por ingreso	Por reinicio	Por reingreso	Por control	Por cambio de método	Por otras actividades
Todos los agentes							
Total médicos							
101							
102							
103							
.							
.							
.							
Total matronas							
201							
202							
203							
.							
.							
.							
Total auxiliares							
301							
302							
303							
.							
.							
.							
Total otros agentes							
401							
402							
403							
.							
.							
.							
Total agentes N/A							

De acuerdo a la experiencia observada en algunos países, los inicios de nuevos segmentos por problemas en el uso de anticonceptivos, disminuyen a medida que aumenta el tiempo de permanencia de la mujer en el programa. Por otra parte, los controles normativos se hacen cada vez más distanciados en el tiempo (cada año para el caso de DIU, después del primer año), de modo que es importante ver cómo varía el volumen de actividades con mujeres de muy reciente ingreso al programa con respecto a aquellas que llevan más de un año, por ejemplo.

La tabla 4 permitiría ver este tipo de problemas; se puede hacer anualmente como una tabla de segunda prioridad que nos permitiría prever con cierta precisión el monto de actividades que se espera para los años futuros, según sea el volumen previsto de ingresos. La tabulación 4 puede servir de apoyo para elaborar el presupuesto del año próximo, teniendo una medida adecuada del volumen esperado de actividades.

Ya que los promedios tendrán como denominadores las mujeres que permanecen actualmente en actividad (usando los anticonceptivos del programa), deberá fijarse un criterio para calificar la "actividad" de la mujer. Podrá usarse, por comodidad, como denominador de las tasas de actividad, el número de mujeres ingresadas, pero en ese caso el promedio estaría muy influido por la pérdida de seguimiento y la suspensión de anticonceptivo que hacen las mujeres que no desean anticonceptivo por motivos personales.

Tabla 4

NUMERO MEDIO DE ACTIVIDADES POR MUJER, POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU INGRESO, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Tipo de actividad	Número medio de actividades por mujer			
	Promedio general	Por tiempo transcurrido desde su ingreso		
		Menos de 1 mes	1-3 meses	Más de 3 meses
Todas las actividades				
De ingreso				
Por reinicio				
De control				
Por cambio de método				
Otras actividades				
De ingreso				
Indicación de DIU				
Indicación de gestágenos				
Indicación de otro AC				
Por reinicio				
Inserción de DIU				
Indicación de gestágenos				
Indicación de otro AC				
De control				
(Cualquier tipo de AC)				
Normal				
Embarazo				
Complicaciones, con cierre				
Complicaciones, sin cierre				
Cierre por motivos personales				
DIU				
Normal				
Embarazo				
Complicaciones, con cierre				
Complicaciones, sin cierre				
Cierre por motivos personales				

(continúa)

Tabla 4 (Conclusión)

NUMERO MEDIO DE ACTIVIDADES POR MUJER, POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU INGRESO, SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD

Tipo de actividad	Promedio general	Número medio de actividades por mujer: Por tiempo transcurrido desde su ingreso		
		Menos de 1 mes	1-3 meses	Más de 3 meses
Gestágenos				
Normal				
Embarazo				
Complicaciones, con cierre				
Complicaciones, sin cierre				
Cierre por motivos personales				
Otros				
Normal				
Embarazo				
Complicaciones, con cierre				
Complicaciones, sin cierre				
Cierre por motivos personales				
Por cambio de método				
Inserción de DIU				
Indicación de gestágenos				
Indicación de otro AC				
Otras actividades				
PAP				
Visita domiciliaria				
Otras				

GRUPO 2

TABULACIONES REFERENTES A INGRESOS DE CLIENTES NUEVOS

Tabla 5

INGRESO OBSERVADO Y ESPERADO. INDICE DE CUMPLIMIENTO, SEGUN REGION, AREA DE SALUD Y CLINICAS

De acuerdo con los objetivos del programa, la disponibilidad de mujeres elegibles en cada una de las áreas de salud del país y el grado de cobertura que se desea alcanzar, es posible determinar con base al mismo volumen de mujeres ingresadas y a las que se espera cubrir en ese período (para lograr, por acumulación, alcanzar una cobertura final de cierta magnitud) un índice de cumplimiento de la meta alcanzada en ese período de tiempo.

Este índice puede calcularse a nivel de área y de región de salud, niveles para los cuales es posible tener estimaciones de la población elegible. A nivel de clínica se hace más difícil, ya que deberá disponerse de datos de población muy seguros, pero que finalmente no servirán mucho, ya que la mujer que vive en la zona de influencia de una determinada clínica puede estar atendiéndose en una clínica vecina, tan accesible como la que debía corresponderle.

La tabla 5 indicará las áreas o regiones en que se está logrando bien la cobertura deseada, como asimismo las áreas o regiones en que el programa está retardado. De este modo, esta tabla puede considerarse una tabulación de evaluación administrativa, de segunda prioridad.

Si el índice de cumplimiento sólo se hace para regiones y áreas, podría considerarse de primera prioridad.

Tabla 6

MUJERES INGRESADAS POR AGENTE DE REFERENCIA (MEDIO DE DIFUSION), SEGUN REGION, AREA O CLINICA

Con el fin de evaluar el efecto que tienen las actividades de difusión en la captación de clientes y poder conocer cuáles son los medios más eficaces y de menor costo que están logrando una mayor difusión del programa, se hace necesario disponer de una tabulación que nos indique cuál es la magnitud del ingreso al programa y cómo han contribuido a este logro los diversos medios de difusión o los agentes de referencia.

En algunos casos se dice que las usuarias del programa son las mejores propagandistas y las de más bajo costo. En otras circunstancias, el aprovechamiento de las organizaciones comunitarias puede ser la mejor vía para

Tabla 5

INGRESO OBSERVADO Y ESPERADO. INDICE DE CUMPLIMIENTO, SEGUN REGION, AREA DE SALUD Y CLINICA

Región Area de Salud Clínica	Ingreso Observado (Real) (a)	Ingreso Esperado (Normativo) (b)	Indice de cumplimiento $\frac{(a)}{(b)} \cdot 100$
Todas las regiones			
Región I			
Clínica 01			
Clínica 02			
•			
•			
•			
Area 2			
Clínica 01			
Clínica 02			
•			
•			
•			
Area 3			
•			
•			
•			
Región II			
•			
•			
•			
•			
•			

lograr interesar más efectivamente a las mujeres elegibles en la población. Sin duda que a estas organizaciones comunitarias deberán acudir determinados agentes del programa para indicar, en el seno de esas comunidades, lo que hace en beneficio de la familia (madre y niño) el programa de planificación de la familia. Bajo esta circunstancia, será algo difícil poder asignar a las organizaciones comunitarias el número adecuado de ingresos debido a su "propia" acción. Una información aproximada podrá obtenerse de las mujeres que están ingresando al programa, quienes nos darán a conocer si el ingreso fue impulsado por los organismos comunitarios a que pertenecen. En principio, el agente de referencia lo fijará la mujer que ingresa al programa, debiendo, en principio, aceptarse como "agente de referencia" el medio que influyó con mayor fuerza a su ingreso.

Bajo ciertas circunstancias, los programas de Atención Materno-Infantil trabajan en combinación con los programas de planificación de la familia (o de regulación de fecundidad, como se los denomina en algunos casos), de modo que éste será, en algunos casos, uno de los medios de difusión más directo y económico.

En la tabla 6 que se indica como tabulación para observar el efecto de estos medios o agentes en el ingreso de mujeres al programa, se adoptan seis (6) categorías:

- personal del programa
  - motivadora
  - otro agente
- usuaria del programa
- prensa o radio
- organización comunitaria
- otros

y del total de ingresos, sea el nivel de clínica, área o región de salud, se distribuye entre esas seis categorías. Para cada categoría se calcula, además, el peso relativo con que han contribuido al total del ingreso.

Para un programa relativamente nuevo, en que deben hacerse ajustes al programa en diversos aspectos, como ser los medios de difusión o el adecuado uso de los agentes de referencia, la tabla 6 puede considerarse una tabulación de primera prioridad. Nos permite ver no solamente que el volumen del ingreso es adecuado a las metas propuestas, sino cómo los diversos medios de difusión están contribuyendo adecuadamente para ese logro. Un volumen inadecuado del ingreso probablemente esté asociado a una mala distribución de los efectos relativos de los diversos agentes de referencia.

Por otra parte, cuando el programa está en operación varios años, la tabulación 6 no sería necesaria o, de serlo, podría considerarse como de segunda prioridad.

Tabla 6

MUJERES INGRESADAS POR AGENTE DE REFERENCIA (MEDIO DE DIFUSION), SEGUN REGION, AREA Y CLINICA
PERIODO: .....

Región Area de Salud y Clínica	Mujeres ingresadas															
			Por agente de referencia													
	Total		Personal del Programa				Usuaria programa		Prensa o radio		Organización comunitaria		Otros	
			Motivadora		Otros									
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Todas las regiones		100,0												
Región I		100,0												
Area I		100,0												
Clínica 01		100,0												
Clínica 02		100,0												
.														
.														
.														
Area 2		100,0												
Clínica 01		100,0												
Clínica 02		100,0												
.														
.														
.														
Area 3		100,0												
Clínica 01		100,0												
Clínica 02		100,0												
.														
.														
.														
.														
.														
Región II		100,0												
.														
.														
.														
.														
.														

Tabla 7

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR METODO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN REGION, AREA O CLINICA

Será posible realizar esta tabulación cuando en el programa se consultan métodos anticonceptivos alternativos y se quiere saber cuál es el método que se está adoptando con mayor frecuencia. También sirve para indicarnos, disponiendo el programa de anticonceptivos tradicionales (poco eficaces), qué proporción de mujeres está ingresando al programa con ese tipo de método.

Esta tabulación no debe interpretarse erróneamente, ya que en muchos casos no nos indica la "preferencia" de métodos anticonceptivos que tienen las mujeres que ingresan al programa, puesto que en algunos de ellos no es la mujer la que elige el método anticonceptivo, sino que los agentes del programa son los que deciden el método anticonceptivo de ingreso.

Puede suceder que los agentes tengan "preferencia" por cierto tipo de anticonceptivo y si éste es de baja eficiencia, el impacto del programa sea reducido.

Además, la "preferencia" de los agentes por determinado anticonceptivo, en contraposición a los exámenes y análisis de la vida anticonceptiva de la mujer y de su historia de embarazos, puede originar "complicaciones" que obliguen a cambiar de método anticonceptivo. Más adelante se verá cómo algunas tabulaciones sobre "cambio de método anticonceptivo" pueden darnos una medida indirecta de la inapropiada adjudicación de un método anticonceptivo de ingreso.

Sabiendo de antemano, que en la práctica, la eficacia del método DIU es mayor que la de un gestágeno oral, es deseable que las mujeres adopten al ingresar, en mayor proporción, el método DIU. Si dentro del programa se consulta el uso de gestágenos inyectables con base en una experiencia adecuadamente válida, será recomendable que este método venga a continuación, en importancia, como método de ingreso. Quedan, para un tercer lugar, los gestágenos orales y, a la zaga, los anticonceptivos tradicionales.

Si se desea que el programa sea más eficaz que lo que es, necesariamente deberá mantenerse el orden de prioridad para los anticonceptivos, y es deseable que este orden de adopción se mantenga a nivel de clínica.

Podrá suceder en algunas circunstancias que no se disponga de suficientes DIU o gestágenos inyectables, pero que la clínica tenga una apreciable cantidad de gestágenos orales o anticonceptivos tradicionales. No quedará otra alternativa en ese caso, a fin de no perder mujeres, que usar los anticonceptivos disponibles, lo que lógicamente se reflejará en la tabulación.

Disponiendo de cifras adecuadas sobre eficacia de uso de los diversos métodos anticonceptivos que dispone el programa y conociendo el ingreso según método anticonceptivo de adopción, se podrá estimar el tiempo medio de protección que tendrán las mujeres y se podrá estimar el número de nacidos vivos evitados que se logrará con esa distribución del ingreso.

La tabla 7 puede, por lo tanto, considerarse una tabla de primera prioridad.

Tabla 7

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR METODO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN REGION, AREA O CLINICA
PERIODO: .....

Región Area de Salud Clínica	Mujeres ingresadas									
			Por método adoptado							
	Todos los métodos		DIU		Gestágeno oral		Gestágeno inyectable		Otros anticonceptivos	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Todas las regiones		100,0								
Región I		100,0								
Area I		100,0								
Clínica 01		100,0								
Clínica 02		100,0								
•										
•										
Area 2		100,0								
Clínica 01		100,0								
Clínica 02		100,0								
•										
•										
•										
Area 3		100,0								
Clínica 01		100,0								
Clínica 02		100,0								
•										
•										
•										
Región II		100,0								
•										
•										
•										

Tabla 8

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y ESTADO CONYUGAL

La experiencia ha demostrado que el ingreso de mujeres a los programas de planificación de la familia varía en el tiempo de acuerdo a la edad de las mujeres.

Se observa que en el primer año de vigencia de un programa y probablemente un tiempo levemente posterior, ingresan al programa las mujeres de mayor edad. Esta mayor edad de las mujeres implica que ingresan al programa mujeres de más alta paridez que, en su mayoría, usarán el programa para no tener nuevos hijos. Paralelamente, en una proporción menor, entran mujeres más jóvenes y de menor paridez que usarán el programa como un medio para formar una familia de tamaño adecuado, (planificación de la familia propiamente tal). Estas mujeres, obviamente, permanecen un tiempo relativamente corto en el programa y se retiran para poder tener un nuevo hijo. Si esta situación prevalece por un tiempo más o menos largo, el programa no logrará reducir de modo alguno el crecimiento, al no lograr ninguna reducción importante en la natalidad.

Ahora bien, si el objetivo del programa no es de "control de la natalidad", sino evitar solamente que las mujeres tengan "embarazos no deseados que terminan en aborto", la tabla 8 al considerar el estado conyugal, está tomando en cuenta el mayor riesgo de embarazo que tienen las mujeres.

Por otra parte, interesa saber si el programa está logrando una cobertura compatible con las metas programadas en cuanto a edad, la tendencia del ingreso en ese sentido lo refleja la tabla 8, que considera la edad de la mujer.

Una mayor cobertura de mujeres tendrá que hacerse a expensas de ir incorporando al programa no solamente mujeres casadas, sino mujeres solteras que están posponiendo su unión o casamiento por alguna razón, pero que se encuentran expuestas al riesgo de embarazo.

Aunque el mayor interés de un programa de planificación de la familia sea incorporar mujeres casadas y unidas, también a éste le interesa servir a mujeres solteras. Si hay interés por saber que se está captando este tipo de mujeres, debería construirse la tabla 8. De todas maneras, en general, esta consideración del estado conyugal es de segundo orden y resulta más adecuado sustituirla por otra variable de interés, tal como lo es el aborto provocado, previo al ingreso al programa.

En la tabulación 8 se usan los siete grupos quinquenales clásicos: 15-19, 20-24, ..., 45-49 años, en que se supone que el período fértil va desde la edad 15 hasta la edad 50. Por razones de economía en la tabulación puede usarse una agrupación más gruesa de la edad: -25 años, 25-34, 35 y más, por ejemplo, o la que a juicio de los analistas demográficos sea más determinante para analizar el efecto de la edad.

Tabla 8

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y ESTADO CONYUGAL
AÑOS: TODOS LOS AÑOS, z, z-1, z-2, ..., AÑOS ANTERIORES

Edad y estado conyugal	Mujeres ingresadas				
	Todos los años	Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
Casadas y unidas					
Solteras					
Otros estados					
15-19					
Casadas y unidas					
Solteras					
Otros estados					
20-24					
Casadas y unidas					
Solteras					
Otros estados					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

El hecho de disponer de la tendencia del ingreso según grupos de edades y otra variable como el estado conyugal en el caso de la tabla 8, o el número de abortos previo al ingreso, nos permite prever cuál podría ser el número de abortos que se evitarán bajo cien por ciento de eficiencia de la anticoncepción.

Disponiendo de indicadores o protección de la mujer (que denominaríamos AMP, o años-mujer de protección, siguiendo la idea de Wishik) y de tasas de fecundidad "potencial" y de las cifras de ingreso según edad, se podrá determinar el número de nacidos evitados que se estaría logrando. Si en lugar de disponer de tasas de fecundidad potencial, tuviéramos tasas de embarazo potencial (fecundabilidad) y proporción de embarazos que terminan en aborto, se podría estimar en forma gruesa los embarazos evitados y, por consecuencia, los abortos evitados.

Finalmente, se puede descartar de la tabla 8 la consideración del estado conyugal y hacerla únicamente por edad de las mujeres. Esta tabla se puede considerar como una tabla de primera prioridad que se puede hacer a nivel de área de salud, región de salud y, esencialmente, a nivel de país.

Tabla 9

TASAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y ESTADO CONYUGAL

Ya se ha dicho que el ingreso de mujeres al programa depende, entre otros factores, de:

- cantidad disponible de mujeres elegibles
- efectos de las actividades de difusión

es lógico pensar que a igualdad de preferencia por ingresar al programa, los grupos de mujeres elegibles mayores contribuirán más al ingreso. El número de grupos elegibles puede estar asociado a la edad de las mujeres, puesto que a su vez la "elegibilidad" de las mujeres depende, en buena medida, de los objetivos del programa.

Por esa razón, se hace necesario no sólo disponer de las cifras absolutas de ingreso, sino que poder usar "tasas de ingreso" en que se corrijan esos números absolutos por los stocks de mujeres elegibles.

Sin duda, el poder disponer de buenas estimaciones de las mujeres elegibles será difícil y, por lo tanto, en algunos casos será suficiente calcular tasas de ingreso usando como denominador el total de mujeres de cierto grupo de edades que se estima que vive en el área en que se desarrolla el programa.

De allí nace la tabulación indicada por la tabla 9, en la que se propone el cálculo de tasas de ingreso en relación a la población femenina estimada para ciertos grupos de edades y alguna otra condición (estado conyugal, en el caso de esta tabla).

Tabla 9

TASAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y ESTADO CONYUGAL
PERIODO: TODOS LOS AÑOS Y ULTIMO AÑO

Edad y Estado conyugal	Número de mujeres en edad fértil				Tasas de ingreso	
	Ingresadas al programa		En la población		Período	Ultimo año
	Período	Ultimo año	Promedio del período	Ultimo año	.....	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(a)/(c) .100	(b)/(d) .100
Todas las edades						
Casadas y unidas						
Solteras						
Otros estados						
15-19						
Casadas y unidas						
Solteras						
Otros estados						
20-24						
Casadas y unidas						
Solteras						
Otros estados						
25-29						
.						
.						
.						
30-34						
.						
.						
.						
35-39						
.						
.						
.						
40-44						
.						
.						
.						
45-49						
.						
.						
.						

De acuerdo con las metas señaladas por los objetivos, se espera que la tasa de ingreso para todas las edades sea de cierto orden de magnitud para asegurar, al cabo de cierto tiempo, una cobertura determinada de mujeres. La determinación del impacto deseado puede, incluso, determinar la cobertura deseada, según edad, y la proporción de mujeres que "anualmente deben ingresar al programa".

La tabla 9 determina ese ingreso anual con respecto a las mujeres en la población y permite predecir si se logrará finalmente la cobertura deseada. Al igual que en la tabla 8 y con mayor razón, para el cálculo de estas tasas puede omitirse la variable estado conyugal.

Tabla 10

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION

Se sabe que las mujeres de menor nivel de instrucción poseen las parideces más altas en una población. Por razón de la misma situación educacional, se informan menos de la existencia de programas de planificación de la familia y desconocen, en mayor proporción, el uso de métodos anticonceptivos. (Encuestas CAP).

Por tanto, es de esperar que en un programa de planificación de la familia que lleva cierto tiempo de operación, cuando se observa la tendencia del ingreso de mujeres en el tiempo, el nivel de instrucción sea mayor para mujeres ingresadas en los años anteriores al año actual para el cual se hace el balance.

Por esto, es de interés constatar si mediante los programas de difusión se está logrando "finalmente" captar a las mujeres de menor nivel de instrucción. En forma paralela, si junto con ello se logra que estén ingresando mujeres más jóvenes y de menor nivel de instrucción, se podrá predecir que a largo plazo se estará reduciendo la fecundidad de la población y, por consecuencia, el crecimiento.

La tabla 10 trata por lo tanto de resumir la tendencia del ingreso por edad y nivel de instrucción, usando, para esta variable social, las categorías:

- 0 años
- 1-2 años
- 3-6 años
- Más de 6 años

que pueden ser modificadas de acuerdo con las agrupaciones sobre nivel de instrucción que se encuentre más distintivo. Al igual que en la tabla 8, pueden usarse tres grupos de edades en lugar de los siete clásicos.

Tabla 10

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION
AÑOS: TODOS LOS AÑOS, z, z-1, z-2, ..., AÑOS ANTERIORES

Edad y nivel instrucción	Mujeres ingresadas				
	Todos los años	Por año de ingreso			
		Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
0 años					
1-2 años					
3-6 años					
Más de 6 años					
15-19					
0 años					
1-2 años					
3-6 años					
Más de 6 años					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 11

TASAS MEDIAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION

Esta tabla tiene el mismo propósito: poder ver si el ingreso al programa durante el año (período al cual se refiere la tabla) está en la dirección deseada

Es deseable que las tasas de ingreso estén indicando una mayor captación de mujeres de menor nivel educacional unido a la presencia de mujeres más jóvenes. Obviamente que será difícil elaborar la tabla para divisiones de salud para las cuales no se puede contar con adecuadas estimaciones de población, según esos dos tipos de variables: edad y nivel educacional.

Aunque es una tabla de interés, la dificultad de tener denominadores para las tasas, la relega como tabla de segunda prioridad.

Tabla 12

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES

En la primera época del funcionamiento de un programa de planificación de la familia estarán ingresando al programa mujeres de mayor edad y de más alta paridez. Aunque la paridez, obviamente, no es igual al número de hijos sobrevivientes, se puede disponer de una tabulación que nos dé una visión de la tendencia del ingreso según edad y número de hijos sobrevivientes.

Se espera, por una parte, que en el último año estén ingresando al programa mujeres más jóvenes y, por la otra, con un número menor de hijos. Si tal ocurre y si las mujeres no vienen al programa únicamente a espaciar sus hijos (planificación de la familia), el programa logrará en el futuro reducir la fecundidad.

Tabla 11

TASAS MEDIAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION

Edad y nivel de instrucción	Número de mujeres en edad fértil				Tasas de ingreso	
	Ingresadas al programa		En la población			
	Período: ..... (a)	Ultimo año (b)	Período: ..... (c)	Ultimo año (d)	Período: ..... $\frac{(a)}{(c)} \cdot 100$	Ultimo año $\frac{(b)}{(d)} \cdot 100$
Todas las edades						
0 años						
1-2 años						
3-6 años						
Más de 6 años						
15-19						
0 años						
1-2 años						
3-6 años						
Más de 6 años						
20-24						
.						
.						
.						
25-29						
.						
.						
.						
30-34						
.						
.						
.						
35-39						
.						
.						
.						
40-44						
.						
.						
.						
45-49						
.						
.						
.						

Tabla 12

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD
Y NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES
AÑOS: TODOS LOS AÑOS, z, z-1, z-2, ..., AÑOS ANTERIORES

Edad y número de hijos sobrevivientes	Mujeres ingresadas				
	Todos los años	Por año de ingreso			
		Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
0 hijos					
1-2 hijos					
3-4 hijos					
5 y más hijos					
15-19					
0 hijos					
1-2 hijos					
3-4 hijos					
5 y más hijos					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 13

TASAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES
PERIODO: ULTIMO AÑO, TODOS LOS AÑOS

La cobertura del programa puede analizarse desde el punto de vista de la proporción de mujeres que están ingresando al programa según la edad y número de hijos sobrevivientes. Cuando se trata del ingreso relativo de mujeres, observado en el último año, es importante eliminar el efecto del número diferente de mujeres elegibles por edad y número de hijos sobrevivientes ya que, de otra manera, obviamente, el ingreso absoluto por sí mismo no dará una idea precisa de la difusión que está teniendo el programa en los diversos grupos de mujeres que consideran esas dos variables simultáneamente.

Sin duda que la tabulación será insuficiente para ver el grado de cobertura que se está alcanzando puesto que algunas mujeres abandonan el programa, pero, adoptando una cifra hipotética acerca de la proporción de activas, se podrá estimar con cierta aproximación la cobertura alcanzada.

Un problema que sin duda surgirá para determinar las tasas de ingreso, será disponer de adecuados denominadores, aun considerando cualquier tipo de mujer que reuna las características prescritas por la categoría correspondiente.

El uso de datos censales podrá permitir una estimación de esos denominadores, siempre y cuando la información sobre "hijos sobrevivientes" en especial no tengan sesgos importantes de subdeclaración.

La tabla 13 puede hacerse para regiones de salud y para el país. Es una tabla de utilidad en los primeros años del programa que debe hacerse a niveles de áreas de salud o de clínica, cuando en este último caso se disponga de una buena apreciación de la distribución de la población, según esas dos características.

Para años posteriores -3 años y más de duración de un programa- puede considerarse una tabla de segunda prioridad que se hace a nivel de macroregiones y del país.

Tabla 13

TASAS DE INGRESO AL PROGRAMA DE MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN EDAD Y NUMERO DE HIJOS SOBREVIVIENTES
PERIODO: ULTIMO AÑO, TODOS LOS AÑOS

Edad y número de hijos sobrevivientes	Número de mujeres en edad fértil				Tasas de ingreso	
	Ingresadas al programa		En la población		Período	Ultimo año
	Período: ..... (a)	Ultimo año (b)	Período ..... (c)	Ultimo año (d)	(a)/(c) . 100	(b)/(c) . 100
Todas las edades						
0 hijos						
1-2 hijos						
3-4 hijos						
5 y más hijos						
15-19						
0 hijos						
1-2 hijos						
3-4 hijos						
5 y más hijos						
20-24						
.						
.						
.						
25-29						
.						
.						
.						
30-34						
.						
.						
.						
35-39						
.						
.						
.						
40-44						
.						
.						
.						
45-49						
.						
.						
.						

Tabla 14

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA POR FORMA DE TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO, SEGUN EDAD Y TIEMPO DESDE LA TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO

En muchos programas de planificación de la familia es deseable que las mujeres que terminan su embarazo ingresen "lo antes posible" al programa, sea como un caso nuevo para el programa (ingreso propiamente tal) o que reasuman anticoncepción nuevamente (caso de reingreso).

La mayor demora en el ingreso implicará un mayor riesgo de embarazo y la posibilidad de que la mujer pueda recurrir al aborto. Es de mucho interés que el ingreso al programa se produzca con menos demora en las mujeres cuyo último embarazo ha terminado en aborto, puesto que es de esperar una tendencia mayor de la mujer por volver a abortar. También puede suceder que si una mujer ha alcanzado una paridez alta no deseada con el último nacido vivo, o una paridez que estaría dentro del número deseado de hijos, pero conseguida tempranamente, pueda recurrir al aborto si es que vuelve a quedar embarazada. Finalmente, una mujer que está planificando la familia debe recurrir al servicio de planificación de la familia lo antes posible, antes que abandone el estado de infertilidad temporal[14/] (no susceptible), aun en el caso que esté lactando, puesto que no sabe con absoluta seguridad hasta qué mes estará en ese estado de infertilidad temporal.

De esa manera, es importante conocer la "demora" en ingresar al programa de planificación de la familia de las mujeres que han terminado su embarazo, la que puede ser analizada considerando simultáneamente la edad y el resultado de ese último embarazo.

La tabla puede hacerse a nivel de áreas de salud, para los primeros años del programa, y solamente a nivel de región y país, después del tercer año, por ejemplo.

Si se ha observado una mayor demora de ingreso en ciertas áreas de salud aun después de cierto tiempo de operación del programa, obviamente que deberán tomarse medidas para subsanar esta situación. Posteriormente, a través de tabulaciones del tipo de la tabla 14, podrá constatarse si persiste el atraso al ingreso en esas áreas aun después de las medidas tomadas.

Para ver si la situación de atraso en el ingreso está cambiando en el tiempo, se podrán comparar las tablas del tipo 14 para los años sucesivos de operación del programa. Las tablas se conseguirán de los boletines correspondientes a los diversos años. Ya que un analista puede desear hacer estas comparaciones sin recurrir al uso de esos diversos anuarios, será conveniente en el anuario del año (z) publicar las demoras observadas ese año y la del conjunto de los años anteriores.

14/ Potter, R.G., Masnik, G.S. y Gendell, M., "Postamenorrheic Versus Postpartum Strategies of Contraception", Demography, Vol. 10, 1973, pág. 99.

Tabla 14

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA POR FORMA DE TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO, SEGUN EDAD Y TIEMPO DESDE LA TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO

PERIODO: .....

Grupos de edades y tiempo desde la terminación del último embarazo (en meses)	Mujeres ingresadas									
	Total		Por forma de término del último embarazo							
			Nacido vivo		Nacido muerto		Aborto		No asignado	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total										
- 2										
2 a 6										
Más de 6										
15-19										
- 2										
2 a 6										
Más de 6										
20-29										
.										
.										
.										
30-39										
.										
.										
.										
40 y más										
.										
.										
.										
No asignado										
.										
.										
.										

La tabla 14 se elaborará en la medida que se observa una cobertura deficiente del programa que persista después de algunos años de operación del programa. Puede, por lo tanto, elaborarse una tabla del tipo 14 para el primer y segundo años del programa, pero posteriormente puede tabularse internamente (sin publicarla), o sea, puede considerarse como una tabla de segunda prioridad.

Tabla 15

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA "CON" EXPERIENCIA ABORTIVA PREVIA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

Tabla 15 A

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA "SIN" EXPERIENCIA ABORTIVA PREVIA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

Estas tablas permiten ver la tendencia del ingreso, según tres variables: edad, número de embarazos y experiencia abortiva previa.

Es deseable que, a medida que transcurre el tiempo, ingresen al programa una menor proporción de mujeres con experiencia abortiva, ya que uno de los objetivos básicos del programa debe ser el de evitar que las mujeres del área de salud tengan embarazos no deseados. Si al programa ingresan primeramente las mujeres de mayor edad y correlativamente de mayor paridez, en parte se espera que ingresen, al comienzo, mujeres con una mayor cantidad de abortos previos o, de acuerdo con la tabla 15, con experiencia abortiva previa.

Si se observa que la edad de ingreso de las mujeres disminuye en el tiempo, puede esperarse una disminución del número de mujeres que ingresan al programa con experiencia abortiva previa. Si no se observa esta tendencia, no puede asegurarse del todo que el programa no está captando las mujeres con experiencia abortiva, sino que existe la posibilidad de que las mujeres no declaren sus abortos.

Tabla 16

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR METODO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN EDAD Y METODO USADO ANTES DE INGRESAR

Se dice que la permanencia de una mujer en un programa de planificación de la familia está condicionada, en cierta medida, por la práctica anticonceptiva previa de la mujer. Esta afirmación puede ser muy valedera para mujeres que al ingresar al programa adoptan anticonceptivos eficaces (DIU y gestágeno), que bien sabemos producen ciertas complicaciones de uso que empujarían a la mujer a abandonar la anticoncepción. Por otra parte, puede suceder que una mujer que no ha tenido una experiencia anticonceptiva previa esté más propensa a abandonar la anticoncepción frente a cualquier tipo de problema que se presente en el uso de anticonceptivo, (incluyendo embarazo accidental).

Tabla 15

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA "CON" EXPERIENCIA ABORTIVA PREVIA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

Edad y número de embarazos previos	Mujeres ingresadas al programa "con" experiencia previa				
	Todos los años	Por año de ingreso			
		Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
1					
2					
3					
4-5					
6-8					
9 y más					
15-19					
1					
2					
3					
4-5					
6-8					
9 y más					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 15 A

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA "SIN" EXPERIENCIA ABORTIVA PREVIA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

Edad y número de embarazos previos	Mujeres ingresadas al programa "sin" experiencia previa				
	Todos los años	Por año de ingreso			
		Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
0					
1					
2					
3					
4-5					
6-8					
9 y más					
15-19					
0					
1					
2					
3					
4-5					
6-8					
9 y más					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 16

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR METODO ADOPTADO AL INGRESAR, SEGUN EDAD Y METODO USADO ANTES DE INGRESAR

Edad y método usado antes de ingresar	Mujeres ingresadas al programa					
	Total	Por método adoptado al ingresar				
		DIU	Gestágeno oral	Gestágeno inyectable	Esterilizaciôn	Otros AC
Todas las edades						
Ninguno						
DIU						
Gestágeno oral						
Gestágeno inyectable						
Otros AC						
15-19						
Ninguno						
DIU						
Gestágeno oral						
Gestágeno inyectable						
Otros AC						
20-24						
.						
.						
.						
25-29						
.						
.						
.						
30-34						
.						
.						
.						
35-39						
.						
.						
.						
40-44						
.						
.						
.						
45-49						
.						
.						
.						

La tabla 16 pretende relacionar la adopción de un anticonceptivo del programa con el anticonceptivo que previamente ha usado la mujer. Desde ese punto de vista, la tabulación permitiría verificar cierta coherencia de los datos en el sentido que una mujer que ha usado anticonceptivo eficaz previamente, optará por un anticonceptivo eficaz en el programa. Esta argumentación no es del todo valedera, ya que existe el factor "agente" que realiza el ingreso de la mujer en el programa de planificación de la familia y que puede tener "preferencias" por cierto anticonceptivo particular del programa.

Por otra parte, la adopción o indicación de un anticonceptivo eficaz deberá estar relacionado con la mayor paridez de la mujer, medida indirectamente en la tabla 15 por la edad que tiene la mujer al ingreso. De esa manera, las categorías en que se indican anticonceptivos de baja eficacia, como ser, diafragma, condón u otro anticonceptivo, en que los ingresos deben ser muy reducidos, deben juntarse en una sola categoría.

GRUPO 3

TABULACIONES REFERENTES A REINGRESOS

Tabla 17

MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA, POR RAZON DE REINGRESO, SEGUN EDAD Y RAZON DE EGRESO, EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Se entiende por reingreso la vuelta a la actividad anticonceptiva de una mujer que estuvo usando el programa por algún tiempo determinado, con uso continuo o discontinuo de anticonceptivo (presencia de complicaciones de uso) y que dejó la anticoncepción por alguna de las siguientes razones:

- embarazo accidental
- motivos personales
    - para tener un hijo
    - contracepción innecesaria
    - prohibición del cónyuge
    - otras razones.

El reingreso implicará corrientemente una discontinuación de anticonceptivo por un tiempo relativamente largo (por ejemplo, en el caso que la mujer abandona el programa para tener un nuevo hijo), durante el cual la mujer no usará ningún tipo de anticonceptivo.

Suponiendo que el programa está sirviendo concretamente para que la mujer logre el tamaño deseado de familia en el tiempo más adecuado, aun en el caso que el método anticonceptivo no sea cien por ciento eficaz, será de interés disponer de tabulaciones sobre las características de las mujeres que reingresan al programa, pudiendo cotejar las razones de discontinuación con las de reingreso.

En la tabla 17 se trata de observar los reingresos según edad de las mujeres que reingresan, junto con las razones que tuvieron para discontinuar la anticoncepción y la razón para volver nuevamente a usar los anticonceptivos del programa.

Para propósitos analíticos más específicos acerca de las características de las mujeres que reingresan, se puede diseñar tabulaciones que tomen en cuenta la paridez alcanzada por la mujer, el tiempo transcurrido entre la paridez con que ingresó por primera vez al programa y la paridez (un orden más) con que reingresa al programa.

Esto puede permitir conocer en qué medida el programa está contribuyendo a alargar los intervalos entre los nacimientos al comparar estos nuevos intervalos "alargados" con los que se producen en mujeres análogas que no están en el programa.

Dentro de las mujeres que reingresan al programa están aquellas que han tenido un embarazo accidental, o sea un embarazo no deseado, que se presenta por la circunstancia que el anticonceptivo usado por la mujer no es cien por ciento eficaz.

Para este grupo de mujeres, es de interés conocer cuál ha sido la forma de término de este embarazo, ya que en el cálculo de nacidos vivos evitados por la acción del programa, será necesario conocer la proporción de embarazos accidentales que terminan en nacido vivo o en abortos provocados.

Finalmente, el período de referencia para la tabla 17 es de los reingresos en los últimos 12 meses. El administrador del programa podrá decidir consultar tablas del tipo de la 17 para otros períodos: últimos dos años, últimos tres años, el año anterior, etc.

Tabla 17

MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA, POR RAZON DE REINGRESO, SEGUN EDAD Y RAZON DE EGRESO, EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Edad y razón de egreso	Total	Mujeres reingresadas por razón de reingreso					
		No desea más hijos		Desea espaciar		Otras razones	
		Razón de salud	Otras razones	Razón de salud	Otras razones	Razón de salud	Otras razones
Todas las edades							
Embarazo							
Desea más hijos							
Anticoncepción innecesaria							
Prohibición del cónyuge							
Otras razones							
15-19							
Embarazo							
Desea más hijos							
Anticoncepción innecesaria							
Prohibición del cónyuge							
Otras razones							
20-24							
.							
.							
.							
25-29							
.							
.							
.							
30-34							
.							
.							
.							
35-39							
.							
.							
.							
40-44							
.							
.							
.							
45-49							
.							
.							
.							

GRUPO 4

TABULACIONES REFERENTES A SITUACION DE ACTIVIDAD
(CLIENTES NUEVAS Y ANTIGUAS)

Tabla 18

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA POR CONDICION DE ACTIVIDAD,
SEGUN ULTIMO METODO USADO EN EL PROGRAMA

Esta tabla nos muestra la situación del programa desde su inicio hasta el momento actual (fecha de balance) y permite conocer la proporción de mujeres activas con respecto al volumen total de mujeres ingresadas.

Este balance, a diferencia de los tradicionales, clasifica a las mujeres según su situación de actividad respecto al último método en uso, lo cual desde un punto de vista analítico, permite determinar cuál es el método que finalmente consigue retener a las mujeres en el programa. Además, nos indica si la pérdida de seguimiento es importante en los (t) años considerados, y cuál es el método que origina la mayor deserción de las mujeres.

Por otra parte, nos da la distribución de mujeres según método en uso a la fecha de balance.

A pesar de que la esterilidad no es un método anticonceptivo propiamente tal, se lo ha incluido con el objeto de presentar la situación total de las mujeres ingresadas en una fecha dada.

La estructura de las activas según método en uso, es relativamente estable en el tiempo, por lo cual ésta es una tabulación que se podrá hacer con plazos de tres años posteriores al inicio del programa.

Tabla 18

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA POR CONDICION DE ACTIVIDAD,
SEGUN ULTIMO METODO USADO EN EL PROGRAMA
FECHA BALANCE: .....

Ultimo método usado en el programa	Mujeres ingresadas al programa				
	Total	Activas bajo control	Activas control demorado	Inactivas, cierre conocido	Pérdida seguimiento
Todos los métodos					
DIU					
Gestágeno oral					
Gestágeno inyect.					
Otros AC					
Esterilización					

Tabla 19

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD

(Se hace por método)

Dado que disponer del volumen acumulado de los ingresos o del volumen de ingreso del último año no nos da una medida de la cobertura que está logrando el programa, se hace necesario conocer el número de activas a una fecha dada. Por otra parte, con el fin de poder determinar la proporción de mujeres que son activas a una fecha dada (31 de diciembre del año z) según que hayan ingresado en el año (z-t) que nos servirá para el análisis de la continuidad de las mujeres en el programa en el tiempo que se indica en la tabla 19.

En ella se trata de ver "la actividad" o permanencia de las mujeres en el programa, según que las mujeres hayan ingresado el año (z) al programa, lo hayan hecho en el último trienio o en fecha anterior.

Puesto que para calificar la condición de actividad de las mujeres se necesita contabilizar los casos de cierre, sean de causa conocida o no (pérdida de seguimiento), aparte de la variable "año de ingreso" se toma en cuenta la condición de actividad o inactividad de las mujeres.

Puesto que la continuidad en el uso de anticonceptivos dependerá en parte importante de la eficacia de los anticonceptivos (ausencia de embarazos accidentales) y de la reducida presencia de complicaciones de uso, la tabla 19 se deberá hacer por tipo de anticonceptivo adoptado por la mujer al ingreso. Además, para comparar la "actividad" diferencial según edad de las mujeres al ingreso al programa, también se ha tomado en cuenta esta variable demográfica.

Para la elaboración de esta tabla surge el problema de cuándo pasar a condición de inactiva a aquellas mujeres perdidas de seguimiento. Esta será una decisión de la administración del programa de planificación de la familia que deberá dejarse aclarada en la tabulación, con el fin de comparar esta tabla adecuadamente entre las diversas áreas de salud y, aun más, que sirva para las comparaciones internacionales.

La tabla 19 es una tabla de primera prioridad, ya que es la única que nos da la adecuada medida de cobertura que se está alcanzando.

Tabla 19

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO,
SEGUN EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD
AÑOS: TODOS LOS AÑOS, z, z-1, z-2, ..., AÑOS ANTERIORES

Edad y condición de actividad	Mujeres ingresadas				
	Todos los años	Por año de ingreso			
		Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
15-19					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 19 A

MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD

En esta tabulación se considera únicamente a las mujeres que son "clientes nuevas" para el programa (mujeres ingresadas) y que pueden haber dejado la anticoncepción conociéndose la causa del cierre del segmento correspondiente o que pasan al pasivo debido a que han excedido los plazos límites para realizar su control.

En la tabulación se consideran las mismas categorías que en la tabla 19:

- Activas, bajo control
- Activas, control demorado
- Inactivas, cierre causa conocida
- Pérdida de seguimiento

Las activas bajo control son aquéllas que han estado cumpliendo con sus controles y que a la fecha del balance tienen una cita para un control, cuya fecha excede a la de ese balance.

Las activas, control demorado, son aquéllas que a la fecha del balance debían haber cumplido con el control programado, pero que la fecha límite de espera está más allá de la fecha de balance.

La consideración de este último grupo de mujeres es importante, ya que si ellas tienen un peso importante dentro del grupo de mujeres ingresadas posteriormente, contribuirán con mayor peso al grupo de pérdida de seguimiento.

La tabla 19 A considera además cómo varía la actividad según edad y cuál es la tendencia de la actividad en el tiempo, considerando la época de ingreso al programa, de acuerdo a las categorías:

- año z (actual)
- año z-1 (año anterior)
- año z-2 (2 años atrás)
- años anteriores (más de 3 años atrás).

Se espera que el número de mujeres activas en el programa, cuyo ingreso se hizo en los años (z-3) o anteriores, sea reducido, en especial, si las mujeres han estado usando gestágenos orales que pueden adquirirlos en el comercio. Por esa razón, se ha hecho un grupo abierto para los ingresos de tres años atrás o anteriores.

Tabla 19 A

MUJERES INGRESADAS (NUEVAS) AL PROGRAMA, POR AÑO DE INGRESO, SEGUN EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD

Edad y condición de actividad	Mujeres ingresadas (nuevas)				
	Total años	Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
15-19					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
20-24					
.					
.					
25-29					
.					
.					
30-34					
.					
.					
35-39					
.					
.					
40-44					
.					
.					
45-49					
.					
.					

Tabla 19 B

MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE REINGRESO, SEGUN EDAD Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

En esta tabla se consultan las mismas categorías de entrada que en la tabla 19. Es de esperar que la proporción de mujeres activas en el subgrupo de mujeres que vuelven al programa por segunda vez, o una vez posterior, permanezcan por un período de tiempo mayor que el de las mujeres que ingresan por primera vez. La tendencia de la proporción de activas será probablemente diferente que aquélla de las mujeres de la tabla 19 A y el valor asintótico de estabilidad podría ser más alto.

La variación de estos niveles de estabilización del nivel de actividad anticonceptiva podrá analizarse por grupos de edades, lo mismo que la tabla 19, y podrá verse en qué grupos de edades las líneas de tendencia se estabilizan a niveles mayores.

El administrador podrá consultar para análisis especiales, aparte de la edad, algunas otras características de las mujeres, como asimismo, el tipo de anticonceptivo con que la mujer reingresa al programa.

Tabla 20

MUJERES INGRESADAS Y ACTIVAS EN EL PROGRAMA, POR EPOCA DE INGRESO Y METODO EN USO, SEGUN EDAD Y METODO AL INGRESO

En esta tabla se trata de ver cómo varía la continuidad dentro del programa, según sea que la mujer haya usado un solo método o varios de ellos. Se espera que la permanencia de las mujeres en el programa se alargue más con cierta combinación de los anticonceptivos que con otra. De esta manera, es importante saber si las combinaciones DIU-Gestágeno y Gestágeno-DIU conducen a la misma continuidad o a continuidades muy diferentes. Si las combinaciones difieren en duración, será importante posteriormente saber cuál es la razón de tal situación. Debido a que sería difícil incluir en la tabla 20 las combinaciones más frecuentes de métodos anticonceptivos, solamente se considera el método que la mujer adopta al ingresar y el método que se encuentra usando al momento del balance.

Sin duda que la tabla 20 no permite conocer la contribución concreta que tiene cada anticonceptivo en la permanencia de la mujer en el programa cuando ella ha usado más de un anticonceptivo. Pero es posible determinar la magnitud de "reforzamiento" que tiene la continuidad de la anticoncepción cuando la mujer usa más de un anticonceptivo.

Una medición más precisa puede conseguirse a través del cálculo de las tablas de eficacia de uso, en que se puede calcular cuál sería la continuidad de la anticoncepción habiendo ingresado la mujer con un cierto tipo de anticonceptivo cuando no se recurre a un cambio de método.

Si la impresión de la tabla 20 lo permite, ésta puede ampliarse calculando las "proporciones" de activa por división del número de mujeres activas por el número de mujeres ingresadas.

Tabla 19 B

MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA, POR AÑO DE REINGRESO
SEGUN EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD

Edad y condición de actividad	Mujeres reingresadas				
	Total años	Año z	Año z-1	Año z-2	Años anteriores
Todas las edades					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
15-19					
Activas, bajo control					
Activas, control demorado					
Inactivas, cierre causa conocida					
Pérdida seguimiento					
20-24					
.					
.					
.					
25-29					
.					
.					
.					
30-34					
.					
.					
.					
35-39					
.					
.					
.					
40-44					
.					
.					
.					
45-49					
.					
.					
.					

Tabla 20

MUJERES INGRESADAS Y ACTIVAS EN EL PROGRAMA, POR EPOCA DE INGRESO Y METODO EN USO, SEGUN EDAD Y METODO AL INGRESO

Método que inicia en el programa y grupos de edades	Ingresadas				Activas			
		Por época de ingreso y método en uso				Por época de ingreso y método en uso		
	Total	Años anteriores TDGE OAC	Semestre anterior TDGE OAC	Ultimo semestre TDGE OAV	Total	Años anteriores TDGE OAC	Semestre anterior TDGE OAC	Ultimo semestre TDGE OAC
Todos								
15-19								
20-29								
30-39								
40 y más								
No asignado								
DIU								
15-19								
20-29								
30-39								
40 y más								
No asignado								
Gestágenos								
15-19								
20-29								
30-39								
40 y más								
No asignado								
Esterilización								
15-19								
20-29								
30-39								
40 y más								
No asignado								
Otros métodos								
15-19								
20-29								
30-39								
40 y más								
No asignado								

Tabla 21

MUJERES INGRESADAS Y ACTIVAS EN EL PROGRAMA, POR ULTIMO METODO USADO ANTES DE INGRESAR, SEGUN EDAD Y PRIMER Y ULTIMO METODOS USADO EN EL PROGRAMA

PERIODO: .....

Edad y primer y último métodos usado en el programa	Mujeres ingresadas				Mujeres activas			
	Total	Por último método usado antes de ingresar			Total	Por último método usado antes de ingresar		
		DIU	Gestágeno	Otros AC		DIU	Gestágenos	Otros AC
Todas las edades								
DIU-DIU								
DIU-Gestágeno								
DIU-Esterilización								
DIU-Otros AC								
Gestágenos-Gestágenos								
Gestágenos-DIU								
Gestágenos-Esteriliz.								
Gestágenos-Otros AC								
Otros AC-Otros AC								
Otros AC-DIU								
Otros AC-Gestágenos								
Otros AC-Esteriliz.								
15-19								
. . .								
20-24								
. . .								
25-29								
. . .								
30-34								
. . .								
35-39								
. . .								
40-44								
. . .								
45-49								
. . .								

Tabla 21

MUJERES INGRESADAS Y ACTIVAS EN EL PROGRAMA, POR ULTIMO METODO USADO ANTES DE INGRESAR, SEGUN EDAD Y PRIMER Y ULTIMO METODOS USADO EN EL PROGRAMA

Las experiencias de algunos programas de planificación de la familia han demostrado que la permanencia de las mujeres en el programa está influida de cierta manera por la experiencia anticonceptiva previa de las mujeres. Dado que no es posible en una ficha de ingreso reconstruir la Historia Anticonceptiva previa de la mujer, corrientemente la experiencia que se deja en esos informes estadísticos es la experiencia anticonceptiva "última" tenida por la mujer. Por otra parte, esta experiencia es la que con más probabilidad ha tenido efectivamente la mujer.

Pero la permanencia de la mujer en el programa se alarga si frente a la presencia de complicaciones por el uso de un método particular se recurre a cambiar de método anticonceptivo a la mujer, tratando de esa manera que continúe por mayor tiempo.

Como pueden presentarse algunas combinaciones numerosas debido a que el programa administra más de un anticonceptivo, en la tabla 21 se considera solamente el primer y el último métodos que ha estado usando la mujer.

En la medida que la impresión de la tabla 20 permita aumentar el contenido de columnas, se puede agregar las columnas correspondientes a "proporciones" de mujeres activas, dividiendo el número de activas por el número de ingresadas.

Tabla 21 A

METODO: .....: TASAS DE CONTINUACION MENSUAL Y TASAS CRUDAS DE DISCONTINUACION MENSUAL POR CAUSA

Tabla 21 B

METODO: .....: TASAS ACUMULADAS DE CONTINUACION Y TASAS CRUDAS DISCONTINUACION POR CAUSA

El éxito de un programa de planificación de la familia depende fundamentalmente de la continuidad de los aceptantes en el uso de los anticonceptivos y de las causas de fracaso.

Dado que las mujeres ingresan en épocas distintas y los sucesos o problemas también les ocurren a tiempos distintos, se hace necesario un procedimiento especial para determinar la continuidad del total de mujeres ingresadas. Este procedimiento es el de la tabla de vida.

En la construcción de las tablas se debe tener en cuenta el número de meses/mujer de observación para determinar el valor de desagregación a considerar. La variable principal debe ser el método adoptado al ingresar y posteriormente se puede clasificar según grandes grupos de edades, motivo de ingreso, experiencia previa en el uso de anticonceptivos, etc.

Las tasas de continuación obtenidas permitirán estimar, por una parte, el número de activas a (t) años posteriores al inicio del programa, y por otra, el volumen de ingresos necesarios para tener a (x) años, un cierto número de activas, o reducir los nacidos vivos a una meta determinada.

Para construir estas tablas es necesario calcular las probabilidades de continuar, las relaciones necesarias para determinarlas se explican ampliamente en el documento "Tablas de Eficacia de Uso: Su Teoría y Construcción". */ Una vez conseguidas estas probabilidades, se podrán construir las otras funciones que aparecen en las tablas 21 A y 21 B, funciones que también se explican en el documento antes mencionado.

*/ Bocaz, Albino y Soto, Zaida, "Tablas de eficacia de uso de anticonceptivos: su teoría y construcción", CELADE, Serie A, N° 138, mayo 1976.

Tabla 21 A

METODO:.....: TASAS DE CONTINUACION MENSUAL Y TASAS CRUDAS DE DISCONTINUACION MENSUAL POR CAUSA

Meses de uso	Mujeres expuestas al inicio del mes	Tasas de continuación mensual	Tasas Crudas de Discontinuación por Causa										
			Todas	Embarazo accidental	Embarazo en período de no uso	Expulsión	Embarazo planificado	Anticoncepción innecesaria	Razones médicas	Razones personales	Otras razones	Cambio de método	Total Suspensiones
x	N_x	P_x	q_x^C	q_x^C (EU)	q_x^C (EÜ)	q_x^C (Exp)	q_x^C (DH)	q_x^C (NN)	q_x^C (RM)	q_x^C (RP)	q_x^C (OR)	q_x^C (CM)	q_x^C (SusT)

Tabla 21 B

METODO: .....: TASAS ACUMULADAS DE CONTINUACION Y TASAS CRUDAS ACUMULADAS DE DISCONTINUACION POR CAUSA

Meses de uso	Mujeres expuestas al inicio del mes	Tasas de continuación mensual	Todas	Embarazo accidental	Embarazo en período de no uso	Expulsión	Embarazo planificado	Anticoncepción innecesaria	Razones médicas	Razones personales	Otras razones	Cambio de método	Total suspensiones
x	N_x	$_xp_o$	$_xq_o^C$	$_xq_o^C$ (EU)	$_xq_o^C$ (EÜ)	$_xq_o^C$ (Exp)	$_xq_o^C$ (DH)	$_xq_o^C$ (NN)	$_xq_o^C$ (RM)	$_xq_o^C$ (RP)	$_xq_o^C$ (OR)	$_xq_o^C$ (CM)	$_xq_o^C$ (SusT)

GRUPO 5

TABULACIONES REFERENTES A CONTROLES DE CLIENTES

Las tabulaciones sobre controles en pacientes puede considerar los siguientes aspectos:

- Tabulaciones en que se considera el volumen de trabajo realizado
- Tabulaciones en que se indica el resultado de esos controles.

Tabla 22

CONTROLES PROGRAMADOS, REALIZADOS E INDICE DE CUMPLIMIENTO POR METODO USADO, SEGUN REGION, AREA Y CLINICA

Para el caso de las tabulaciones del primer grupo, interesa saber cuál es el volumen de actividades de control que han realizado las diferentes clínicas y cómo este volumen se compara con los controles "esperados" o programados previamente. Se entiende que la comparación entre controles realizados y controles programados dará origen a un índice de cumplimiento, que en algunos casos estará afectado por la influencia de las clientes por acudir a esas citas previamente acordadas.

Bajo la hipótesis que el personal contratado para las diversas actividades consideradas por la administración del programa de planificación de la familia cuenta con las horas contratadas suficientes, el índice de cumplimiento dependerá únicamente de los clientes. Una pérdida de seguimiento muy importante de pacientes contribuirá a bajar los índices de cumplimiento, los que se mantendrán bajos si no se toman medidas para volver a las mujeres no controladas al programa (visitas domiciliarias).

El conocimiento de los índices de cumplimiento desde ese punto de vista, nos indica falta de preocupación de los agentes de las clínicas por mantener a sus clientes bajo control. Si los índices de cumplimiento persisten bajos aun después de haberle indicado a ciertas clínicas las medidas que deben tomar para recuperar la clientela perdida, nos dará una medida de la mala administración en esas unidades de atención.

Dado que los controles programados varían según sea el tipo de método anticonceptivo, los índices de cumplimiento de la cabalidad de controles deberán hacerse según sea el tipo de anticonceptivo usado por la mujer.

Tabla 22

CONTROLES PROGRAMADOS, REALIZADOS E INDICE DE CUMPLIMIENTO
POR METODO USADO, SEGUN REGION, AREA Y CLINICA
PERIODO: .....

Región, área, clínica	Controles											
				Por método usado								
	Todos los métodos			DIU			Gestágenos			Otros A.C.		
	Programados	Realizados	Indice cumplimiento	Programados	Realizados	Indice cumplimiento	Programados	Realizados	Indice cumplimiento	Programados	Realizados	Indice cumplimiento
Todas las regiones												
Región I												
Area I												
Clínica 01												
Clínica 02												
.												
.												
.												
Area 2												
Clínica 01												
Clínica 02												
.												
.												
.												
Area 3												
Clínica 01												
Clínica 02												
.												
.												
.												
Región II												
.												
.												
.												

Tabla 23

CONTROLES PROGRAMADOS, REALIZADOS E ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO PARA MUJERES INGRESADAS EN LOS ULTIMOS 12 MESES, POR EDAD Y METODO ADOPTADO

Se espera que en la falta de control de las mujeres tenga mayor importancia el método anticonceptivo usado y en menor medida la edad de la mujer. Siendo que la salida de la observación de las mujeres se produce, en cantidad apreciable, durante el primer mes de uso y que continúa, en forma importante, durante los 10 ó 12 meses posteriores, es útil conocer cómo las mujeres que ingresan en el año están cumpliendo con las citas de control.

En la tabla 23, únicamente por comodidad, se ha subdividido el período de 12 meses en dos semestres, pero, de acuerdo con la experiencia tenida por los programas ya en funcionamiento, sea más conveniente subdividir la categoría "actual semestre" en los dos trimestres que la componen:

- Trimestre actual
- Trimestre anterior

ya que el grado de cumplimiento de controles para el semestre "actual" está muy influido por lo que sucede en el segundo trimestre.

La falta de cumplimiento a las citas de control en que incurren las mujeres, dará origen a la "pérdida de seguimiento", lo que se va reflejando en valores bajos de los índices de cumplimiento de las clientes.

La tabla 23 puede elaborarse con bastante comodidad a nivel local con base en los tarjeteros de citas futuras en que estarán incluidas las mujeres bajo control que se citan para un control posterior y las mujeres perdidas de seguimiento.

Sin duda que el índice será cada vez más bajo si no se discontinúan del programa aquellas mujeres que han excedido los plazos límites de espera.

La tabla 23 puede ser considerada una tabla de primera prioridad para el primer año del programa y de segunda prioridad para los años posteriores.

Tabla 24

PROMEDIO DE CONTROLES POR MUJER, POR EPOCA DE INGRESO, SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO USADO Y RESULTADO DE LOS CONTROLES

De acuerdo al tipo de anticonceptivo que se indique, se establece el espaciamiento entre controles. Estos espaciamientos, desde la primera indicación, van creciendo hasta llegar a un intervalo constante (por ejemplo, de un año para el caso de DIU), después de un orden determinado.

La realización de un control puede detectar un embarazo accidental, por ejemplo, o la presencia de algún tipo de complicación de uso. Esta complicación puede originar un cierre del segmento del anticonceptivo o bien una suspensión, de corto tiempo, con la iniciación de un segundo segmento de igual anticonceptivo o de otro tipo.

Tabla 23

CONTROLES PROGRAMADOS, REALIZADOS E INDICE DE CUMPLIMIENTO PARA MUJERES INGRESADAS a/ EN LOS ULTIMOS 12 MESES, POR EDAD Y METODO ADOPTADO

Método adoptado y grupos de edades	Controles del semestre por época de ingreso de las mujeres								
	Programados			Realizados			Indice de cumplimiento		
	Total	Semestre anterior	Actual semestre	Total	Semestre anterior	Actual semestre	Total	Semestre anterior	Actual semestre
Total									
15-19									
20-29									
30-39									
40 y más									
No asignado									
DIU									
15-19									
20-29									
30-39									
40 y más									
No asignado									
Gestágenos									
15-19									
20-29									
30-39									
40 y más									
No asignado									
Otros									
15-19									
20-29									
30-39									
40 y más									
No asignado									

a/ Mujeres ingresadas = aceptantes nuevas.

El control puede también originar un cierre del segmento por alguna otra causa (anticoncepción innecesaria, planificación de un nuevo hijo), que también es conveniente conocer para ver cómo este tipo de resultados en los controles afecta al promedio de controles.

En la tabla 24 se consideran dos épocas de referencia para el cálculo de la concentración de los controles (promedio por mujer):

- Ultimo año
- Años anteriores

ya que se espera una diferencia importante, al menos en la parte referente a controles normales.

Es importante a través de esta tabulación conocer cómo pesan en la concentración, las actividades de control originadas por la presencia de complicaciones en el uso de anticonceptivos. Obviamente, una contribución mayor a la concentración dada por las complicaciones indicará una inapropiada adjudicación de método anticonceptivo a las mujeres, lo que puede corregirse posteriormente. La tabla también nos dirá si para las mujeres de más reciente ingreso al programa la concentración de los controles es más importante para complicaciones que para el caso de mujeres más antiguas (con más de un año en el programa).

Por otra parte, la partición de la "época de ingreso" en dos categorías de tiempo puede modificarse de acuerdo a los resultados encontrados al usar otras particiones, como ser:

- Año actual (z)
- Año anterior (z-1)
- Años anteriores

en que la categoría años anteriores se ha subdividido en dos nuevas para considerar lo que pasa con la concentración para mujeres que han ingresado el año anterior al año para el cual se hace la tabla.

Tabla 24

PROMEDIO DE CONTROLES POR MUJER, POR EPOCA DE INGRESO, SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO USADO Y RESULTADOS DE LOS CONTROLES
PERIODO: .....

Método anticonceptivo usado, resultados de los controles	Número de controles			Número de mujeres			Controles/mujer		
	Por época de ingreso			Por época de ingreso			Por época de ingreso		
	Total	Ultimos 12 meses	Años anteriores	Total	Ultimos 12 meses	Años anteriores	Total	Ultimos 12 meses	Años anteriores
Todos los métodos									
Normal									
Embarazo									
Complicaciones con cierre									
Complicaciones sin cierre									
Cierre otros motivos									
DIU									
Normal									
Embarazo									
Complicaciones con cierre									
Complicaciones sin cierre									
Cierre otros motivos									
Gestágeno oral									
.									
.									
.									
Gestágeno inyectable									
.									
.									
.									
Otros anticonceptivos									
.									
.									
.									

GRUPO 6

TABULACIONES REFERENTES A COMPLICACIONES EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

El uso de anticonceptivos puede generar una serie de efectos secundarios que de acuerdo al sistema SIDES se han involucrado bajo el título de complicaciones.

Estos efectos colaterales que aparecen junto al efecto fundamental para el cual se está usando el anticonceptivo -evitar el embarazo- pueden ser tratados sin necesidad de suspender el método. También, frente a un efecto colateral persistente y severo, debe procederse a la suspensión del uso del método.

De acuerdo a la adopción del término "complicación", ya en el cuadro 1 se indicaron las actividades referentes a:

- Complicaciones, sin cierre
- Complicaciones, con cierre

en que por "cierre" se entiende el término del segmento de uso en que se ha producido un efecto secundario severo.

Dentro de estos efectos secundarios puede citarse los cambios patológicos del endometrio que comúnmente no son de una importancia tal para que sean clasificados como "endometritis". 15/ Deben, sin embargo, registrarse y clasificarse como efectos secundarios concretos. Por otra parte, se estima que es difícil una valoración exacta de los cultivos endometriales, lo que implica una dificultad real para calificar la situación como de endometritis y, además, aceptar que se está debiendo exclusivamente al uso de métodos anticonceptivos. 16/

Basado en la consideración de una diversidad de investigaciones referentes a la presencia de efectos colaterales, 17/ A. L. Southam 18/ ha elaborado dos cuadros: uno en que anota los efectos colaterales que se presentan

15/ Moyer, D.L., Michell, D.R., Estudios del Endometrio en Pacientes que Utilizan el DIU y Cambios Histológicos. Valoración de los Métodos Bacteriológicos en los Cultivos de Tejido Endometrial. Memoria de la 2a. Conferencia Internacional sobre Anticonceptivos Intrauterinos, Nueva York, 1964.

16/ ASCOFAME, Anticonceptivos Intrauterinos. Memoria de la 2a. Conferencia Internacional sobre Anticonceptivos Intrauterinos, Nueva York, 1964.

17/ Revenholt, R.T. y Piotrow, P.T., "Use of Oral Contraceptive in Developing Countries", en Population Council, Proceedings of the Pakistan International Family Planning Conference at Dacca, 1969, págs. 187-212.

18/ Southam, A.L., Métodos Anticonceptivos: Su Uso, Seguridad y Eficacia, Planificación Familiar y Programas de Población. Memoria de la Primera Conferencia Internacional sobre Programas de Planificación Familiar, Ginebra, agosto, 1965.

más frecuentemente por el uso de anticonceptivo y un segundo cuadro, en que se anotan una serie de situaciones en que no es recomendable usar el método (contraindicación). Por ejemplo, no es recomendable usar el DIU en mujeres que aún no han tenido hijos (nulíparas).

Algunas de las lesiones, listadas en el cuadro 2, pueden generarse por el uso del método anticonceptivo o manifestarse más claramente después de cierto tiempo de uso de un método anticonceptivo. Existen dudas, sin embargo, que el uso, por ejemplo, de anticonceptivos orales, pueda acelerar la presencia de algunas lesiones indicadas en el cuadro 2. Puede existir aun la posibilidad que la protección anticonceptiva hecha más tempranamente hubiese demorado su aparición.

Dado que la frecuencia con que se presentan los efectos colaterales se reduce a medida que aumenta el tiempo de uso del anticonceptivo, las tabulaciones sobre complicaciones pueden hacerse en los primeros años del programa o para mujeres ingresadas por primera vez al programa, en el año. Esto permite decidir la estrategia anticonceptiva más adecuada para reducir al máximo la presencia de complicaciones y aumentar de ese modo la eficacia de la anticoncepción.

Debe tomarse en cuenta que la proporción de mujeres que tienen problemas en el primer año de uso de anticonceptivo y que obligan a la discontinuación del método, puede ser del orden del 15 por ciento, de modo que es importante conocer -al menos en el primer año de operación del programa- los diferentes efectos colaterales que se están presentando y cómo cada uno de ellos contribuye a la discontinuación. Si se demuestra que para cierto anticonceptivo la presencia de efectos colaterales que obligan a la discontinuación del método no es muy elevada, esto indicará que las tabulaciones por complicaciones para ese anticonceptivo debe omitirse en el futuro o hacerse con menos frecuencia.

Dado que ciertos efectos colaterales no implican cierre del segmento, se puede aceptar una tabulación que nos indique cualquier tipo de efecto colateral que se está presentando y su separación en dos subgrupos: subgrupo 1, de aquellos que implican cierre del segmento y un subgrupo 2, que no implican cierre. Esta situación ya fue considerada en la tabla 1, en que la actividad de control puede dar como resultado la presencia de una complicación sin cierre, o bien de una complicación con cierre.

Cuadro 1

EFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A LA ANTICONCEPCION

Efectos secundarios	Métodos				
	DIU	Esteroides	Condón	Vaginales	Diafragma/copa
Cambios metabólicos		x			
Reacciones alérgicas		x	x	x	x
Reacciones de la piel		x			
Perturbaciones de la visión		x			
Mareos		x			
Depresión		x			
Náusea		x			
Cambios en la menstruación	x	x			
Vaginitis		x			
Erosión del cuello		x			
Dolor o irritación	x		x	x	x
Infección	x				x
Perforación uterina	x				
Expulsión o descolocación	x		x		x

Cuadro 2

CONTRAINDICACIONES A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tipo de lesión	Métodos			
	DIU	Esteroides	Ritmo	Diafragma
Tromboflebitis		x		
Tromboembolía		x		
Accidente cardiovascular		x		
Enfermedad cardíaca		x		
Enfermedad hepática		x		
Visión defectuosa		x		
Exoftalmos		x		
Hemorragias anormales	x	x		
Ciclos irregulares			x	
Cáncer del seno		x		
Cáncer genital	x	x		
Fibroides uterinos	?	?		
Infección pélvica	x			
Nuliparidad	x			
Expulsiones repetidas	x			
Ligamentos pélvicos defectuosos				x

Tabla 25

COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DEL PROGRAMA, POR METODO, SEGUN TIPO DE COMPLICACION
PERIODO: .....

Tipo de complicación	Complicaciones producidas por el uso de anticonceptivos									
	Total		Por método							
			DIU		Gest.Oral		Gest.Inyectable		Otros anticonceptivos	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Todas										

GRUPO 7

TABULACIONES REFERENTES A REINICIO DE METODO

Ya se ha dicho que dentro del programa existen mujeres que debido a la presencia de una complicación severa discontinúan el uso del método.

Este cierre de segmento (primer segmento con mayor frecuencia), no significa que la mujer abandone el programa sino que "reinicia", después de un tiempo muy corto de no estar protegida, el uso del método anticonceptivo que estaba usando previamente o de otro método disponible en el programa que asegure una mayor eficacia de uso.

En el caso que la mujer usa un DIU de tamaño pequeño, esto implica corrientemente la expulsión de dispositivo. Si este problema es constatado prontamente, se podrá evitar que la mujer se embarace insertándole un DIU de tamaño más adecuado. De esa manera, en las tabulaciones referentes a reinicios -en lo que a método DIU se refiere- no solamente se consideran los reinicios debidos a complicaciones, sino que también los que se producen después de las expulsiones. Si la inserción de un nuevo DIU ocurre dentro del mes en que se produce la expulsión, ese caso puede no contabilizarse como caso de reinicio.

Tabla 26

REINICIOS DE METODO, POR ORDEN Y METODO DEL REINICIO, SEGUN EDAD Y METODO USADO AL CIERRE, PARA MUJERES "INGRESADAS" AL PROGRAMA EN LOS ULTIMOS 12 MESES

En esta tabla se trata de ver cómo varía el reinicio del método según orden y método que se inicia en ese nuevo segmento. Se espera que la mayoría de los reinicios se refieran a "primeros reinicios", que para el caso de DIU se originan -en gran medida- por la primera expulsión. Los reinicios posteriores al segundo serán menores y esto se hará bastante distintivo para mujeres de mayor edad. Esa es la razón por la que se ha considerado la edad como otra variable de interés práctico: ver la frecuencia decreciente de los reinicios según la edad.

La tabla 26 puede considerarse una tabla de segunda prioridad que podría hacerse en forma especial para el caso del método DIU, con el fin de poder distinguir aquellos reinicios que se deben a expulsiones.

Tabla 26

REINICIOS DE METODO, POR ORDEN Y METODO DEL REINICIO, SEGUN EDAD Y METODO USADO AL CIERRE, PARA MUJERES "INGRESADAS" AL PROGRAMA EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Edad y Método usado al cierre	Reinicios de método													
	Total	Primero					Segundo					Tercero y posterior			
		Total	DIU	Gestág.	Esteriliz	Otro mét.	Total	DIU	Gestág.	Esteriliz	Otro mét.	Total	DIU	Esteriliz	Otros métodos
Todas las edades															
DIU															
Gestágeno															
Otros AC															
15-19															
DIU															
Gestágeno															
Otros AC															
20-24															
. . .															
25-29															
. . .															
30-34															
. . .															
35-39															
. . .															
40-44															
. . .															
45-49															
. . .															

Tabla 26 A

REINICIOS DE METODO, POR ORDEN Y METODO DE REINICIO, SEGUN EDAD Y METODO USADO AL CIERRE, PARA MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Esta tabla de segunda prioridad es análoga a la tabla 26 y se ha considerado debido a que se "espera" que las mujeres que reingresan tienen segmentos más largos, o sea que usan los anticonceptivos con menos discontinuidad. La tabla 26 A es una tabla que complementa la 26 y que permite comparar las proporciones de mujeres con uno, dos o más segmentos, según edad, sea que se trate de mujeres ingresadas por primera vez o de mujeres que ya han usado el programa en otra oportunidad (mujer que está planificando la familia).

Tabla 27

REINICIOS DE METODO POR ORDEN Y METODO DE REINICIO, SEGUN DURACION DEL SEGMENTO USADO, PARA LAS MUJERES INGRESADAS EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Es una tabla análoga a la tabla 23. Dado que las mujeres que reingresan son mujeres de mayor edad que las que ingresan por primera vez, para la comparación de la tabla 25 con la 23 deberá desglosarse la tabla en 3 grupos de edades:

Puede aceptarse las siguientes categorías:

- Mujeres menores de 25 años
- Mujeres de 25-34 años
- Mujeres de 35-49 años.

Tabla 26 A

REINICIOS DE METODO, POR ORDEN Y METODO DE REINICIO, SEGUN EDAD Y METODO USADO AL CIERRE, PARA MUJERES REINGRESADAS AL PROGRAMA LOS ULTIMOS 12 MESES

PERIODO: .....

Edad y método usado al cierre	Reinicios de método								
		Por orden y método de reinicio							
	Total	Primero			Segundo			Tercero o posterior	
		DIU	Gestá-geno	Otros AC	DIU	Gestá-geno	Otros AC	DIU	Gestá-genos	Otros AC
Todas las edades									
DIU									
Gestágeno									
Otros AC									
15-19									
DIU									
Gestágeno									
Otros AC									
20-24									
.									
.									
.									
25-29									
.									
.									
.									
30-34									
.									
.									
.									
35-39									
.									
.									
.									
40-44									
.									
.									
.									
45-49									
.									
.									
.									

Tabla 27

REINICIOS DE METODO POR ORDEN Y METODO DE REINICIO, SEGUN DURACION DEL SEGMENTO Y METODO USADO, PARA LAS MUJERES INGRESADAS EN LOS ULTIMOS 12 MESES

Duración del segmento en uso	Total de reinicios	Método del primer reinicio				Método del segundo reinicio				Método del reinicio posterior			
		Todos los métodos	DIU	Gestágenos	Otros métodos	Todos los métodos	DIU	Gestágenos	Otros métodos	Todos los métodos	DIU	Gestágenos	Otros métodos
Todos los tiempos y todos los métodos													
Menos 1 mes													
DIU													
Gestágeno													
Otros métodos													

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)
CELADE: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)