
Proyecto de EVALUACION

MANUAL DE INDICADORES
PARA
EVALUACION DE PROGRAMAS DE
PLANIFICACION FAMILIAR

Jane T. Bertrand
Robert J. Magnani
James C. Knowles

Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
CB#8120 University Square
123 East Franklin Street, Suite 304
Chapel Hill, NC 27516-3997

-Instituciones Colaboradoras-

Tulane University
Center for International Health and Development
School of Public Health and Tropical Medicine
1440 Canal Street, Suite 2200
New Orleans, LA 70112-2823

The Futures Group
1050 17th Street, NW, Suite 1000
Washington, DC 20036
and
80 Glastonbury Boulevard
Glastonbury, CT 06033

Contrato Número #DPE-3060-C-00-1054-00

Reconocimientos

Deseamos reconocer el apoyo y contribución de la Oficina de Población, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Número de Contrato de la USAID: DPE-3060-00-C-1054-00), y darles las gracias por hacer posible esta publicación.

Los autores desean expresar su agradecimiento a los numerosos miembros de la comunidad internacional dedicada a temas de población que han participado en los grupos de trabajo organizados por el Proyecto EVALUACION. Estas reuniones han servido para realizar un análisis crítico y, posteriormente, para promover consenso sobre los numerosos indicadores incluidos en este Manual. Los nombres de las personas que participaron en estos grupos figuran en las actas de las diferentes reuniones. Si bien este grupo es demasiado numeroso para citar por su nombre en esta sección a todos los componentes, reconocemos sinceramente el tiempo y esfuerzo que han dedicado a ayudarnos en este proceso.

También damos las gracias a varias personas que han contribuido a la preparación de los borradores utilizados en el Manual: Barbara Seligman y Marc Mitchell (sección sobre Gestión); Lynne Gaffikin y Lisanne F. Brown (Capacitación); John Stover, Susan Smith y Rich Owens (Suministros y Aspectos Logísticos); Phyllis T. Piotrow, D. Lawrence Kincaid y Young-Mi Kim (Información-Educación-Comunicación); y Naomi Rutenberg (Demanda de Planificación Familiar, Práctica Anticonceptiva y Efectos sobre la Fecundidad).

Damos las gracias a la Sra. Myrna Seidman por sus ideas en relación con el formato utilizado para presentar los indicadores, al Sr. Trevor Croft por proporcionar las cifras para algunos de los cálculos ilustrativos y a la Sra. Kimberley Meyer-Ramírez por su ayuda en la compilación del texto. Por el diseño y formato del documento final, damos a gracias a Sue Koenigshofer (SCK Design), Laura Kline (Centro de Población de Carolina) y John Jaszczak (Data Spectrum Inc.).

Varias personas han analizado uno o más borradores del Manual y proporcionado reacciones valiosas al respecto. Entre los examinadores externos figuran los siguientes: Jay Bainbridge, R.A. Bulatao, Snehendu B. Kar, Mark Laskin, W. Parker Mauldin, John Ross, Martin Vaessen y Ann Way. Entre los miembros de la dotación de personal del Proyecto EVALUACION figuran: Krista Stewart (Asesora Técnica, USAID/Washington); Amy Tsui, Al Hermalin, Sharon Kirmeyer, Linda Lacey, Naomi Rutenberg, Krishnamurthy Srinivasan, John Stover y James Veney.

Al dar las gracias a todas las personas que han participado en este proceso, los autores se responsabilizan totalmente del contenido del presente documento.

LISTA DE ACRONIMOS

Siglas técnicas

AC	Agencias colaboradoras
APP	Años Protección Pareja
APPE	Años Protección Pareja estándar
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
AT	Asistencia técnica
CAP	Conocimiento, actitud, práctica
EDS	Encuestas de Demografía y Salud
DIU	Dispositivo intrauterino
EPF	Encuesta de planificación familiar
I-E-C	Información-Educación-Comunicación
IO	Investigación operativa
MEPPF	Medidas de esfuerzo programático de planificación familiar <i>Lapham & Mauldin</i>
PF	Planificación familiar
PFN	Planificación familiar natural
PIB	Producto interno bruto
POS	Puesto de Ofrecimiento de Servicios
SIG	Sistemas de información de gestión
SIGL	Sistema de Información Gerencial de Logística
MLM	Método de Lactancia Materna
SMI	Salud materno-infantil
SPA	Sistema político administrativo
TIF	Tasa Total de Fecundidad

Siglas de organizaciones

AC	Agencias cooperadoras
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos
APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia (Guatemala)
CDC	Centros para Control de las Enfermedades (Atlanta, GA)
CEDPA	Centro para Actividades de Desarrollo y Población
FHI	Salud Familiar Internacional
IPPF	Federación Internacional de Paternidad Responsable
ONG	Organización no gubernamental
RAPID	Proyecto de recursos para conciencia de los efectos de población en el desarrollo - financiado por la USAID
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Lista resumida de indicadores en el Manual**Lista de siglas****Capítulo****I Visión de Conjunto del Manual****II Indicadores para medir el entorno normativo****III Indicadores para medir las operaciones de provisión de servicios**

- A. Gestión
- B. Capacitación
- C. Suministros y aspectos logísticos
- D. Información-educación-comunicación (I-E-C)
- E. Investigación y evaluación

IV Indicadores para medir la adecuación de los servicios de planificación familiar

- A. Acceso
- B. Calidad de la atención
- C. Imagen del programa

V Indicadores para medir la demanda de hijos (Demanda de fecundidad)**VI Indicadores para medir la demanda de planificación familiar****VII Indicadores para medir la utilización de los servicios****VIII Indicadores para medir la práctica anticonceptiva****IX Indicadores para medir el impacto sobre la fecundidad**

- A. Nivel de fecundidad
- B. Nacimientos evitados
- C. Otros indicadores

X Pasos futuros en la formulación de indicadores para evaluación de la planificación familiar**Referencias****Apéndice**

- A Lista de todos los indicadores por fuente primaria de datos
- B Indicadores para evaluar el área funcional de gestión
- C Indicadores de calidad para programas de planificación familiar basados en las clínicas
- D Indicadores para evaluar la investigación operativa
- E Ilustración del cálculo de necesidades no satisfechas de planificación familiar

Lista resumida de indicadores

Capítulo Indicadores

II Indicadores para medir el entorno normativo

- Existencia de un plan de formulación de la política
- Número de análisis normativos debidamente diseminados
- Número de eventos de toma de conciencia dirigidos a líderes
- Existencia de un plan estratégico para ampliar el programa nacional de planificación familiar
- Integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo
- Número de declaraciones de dirigentes en apoyo de la planificación familiar
- Política oficial de población que incluye la fecundidad y la planificación familiar
- Coordinación nacional de la planificación familiar
- Nivel del programa de planificación familiar dentro de la administración del gobierno
- Magnitud de los impuestos a la importación de anticonceptivos y otros impuestos
- Restricciones sobre la promoción de los anticonceptivos a través de los medios de información
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los proveedores
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los usuarios
- Recursos del sector público dedicados a la planificación familiar como porcentaje del PIB
- Calidad de la dirección del programa
- Grado de participación del sector comercial

III Indicadores para medir las operaciones de provisión de servicios

A. Gestión

- Existencia de una misión clara que contribuye al logro de los objetivos programáticos
- Logro de las metas operativas
- Estructura orgánica claramente definida
- Idoneidad del personal
- Conciencia de la situación financiera actual
- Acceso a información actualizada sobre áreas clave de funcionamiento programático
- Acceso a información al día sobre el progreso del programa
- Capacidad de seguir los suministros

B. Capacitación

- Número y porcentaje de cursos que logran los objetivos de aprendizaje
- Número y porcentaje de cursos que contribuyen al logro de los objetivos de capacitación del programa
- Número y porcentaje de cursos en los que la metodología docente es apropiada para la transferencia de competencias y conocimientos
- Número de participantes por tipo
- Número y porcentaje de participantes que adquirieron dominio del conocimiento impartido
- Número y porcentaje de participantes competentes para proporcionar un servicio específico de planificación familiar
- Número y porcentaje de proveedores calificados como competentes luego de cierto período desde la capacitación
- Número y porcentaje de participantes que aplican las competencias a su trabajo posterior

C. Suministros y aspectos logísticos

- Desperdicio en la cadena de suministro
- Porcentaje de la capacidad de almacenamiento que satisface normas aceptables
- Frecuencia de agotamiento de suministros
- Porcentaje de puntos de provisión de servicios (POS) abastecidos de acuerdo con el plan
- Porcentaje de personal clave capacitado en aspectos logísticos de anticonceptivos
- Indicador compuesto de suministros y aspectos logísticos

D. Información-educación-comunicación (I-E-C)

- Número de comunicados producidos, por tipo, durante un período de referencia
- Número de comunicados diseminados, por tipo, durante un período de referencia
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a los mensajes del programa, con base en informes retrospectivos de los encuestados
- Porcentaje del grupo objetivo que comprende correctamente un mensaje dado
- Número de métodos anticonceptivos conocidos
- Porcentaje del grupo objetivo que adquiere la aptitud de realizar una determinada tarea como resultado de su exposición a una comunicación concreta
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a un mensaje concreto que declara que le gusta el mensaje
- Número y porcentaje del grupo objetivo que discute el mensaje o mensajes con otras personas, por tipo de persona
- Porcentaje del grupo objetivo que propugna la práctica de la planificación familiar

E. Investigación y evaluación

- Presencia de una unidad activa de investigación y evaluación
- Grado de utilización del sistema estadístico de servicios
- Realización de encuestas periódicas de hogares con propósitos múltiples o fines especiales
- Realización de investigación operativa (OR)
- Realización regular de evaluaciones del proceso
- Realización de evaluaciones de la eficacia, productividad e impacto
- Uso de los resultados de la investigación y evaluación para modificar el programa
- Divulgación de los resultados de la investigación y evaluación

IV Indicadores para medir la adecuación de los servicios de planificación familiar

A. Acceso (ilustrativo)

- Número de POS situados a una distancia o tiempo de recorrido fijos de una comunidad dada (es decir, densidad de los servicios)
- Costos de un mes de suministro de anticonceptivos como porcentaje de los salarios mensuales
- Normas que restringen las opciones anticonceptivas en los programas
- Porcentaje de la población objetivo que conoce al menos de una fuente de servicios o suministros anticonceptivos
- Porcentaje de no utilización relacionada con barreras psico-sociales

B. Calidad de la atención (ilustrativa)

- Número de métodos anticonceptivos disponibles en POS específicos
- Porcentaje de sesiones de asesoría con nuevos aceptantes en las que se discuten todos los métodos

Lista resumida de indicadores

- Porcentaje de visitas de clientes en las que el proveedor demuestra su competencia en procedimientos clínicos, incluida la asepsia
- Porcentaje de clientes que declaran "tiempo suficiente" empleado con el proveedor
- Porcentaje de clientes informados de las horas, fechas y fuentes de abastecimiento o nuevas visitas
- Porcentaje de clientes que perciben que los horarios y días de atención son cómodos

C. Imagen del programa

- Número y tipo de actividades para mejorar la imagen pública de la planificación familiar durante un período de referencia (por ejemplo, un año)
- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

V Indicador para medir la demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

- Promedio de la dimensión deseada de la familia
- Deseo de hijos adicionales
- Condición deseada de nacimientos previos
- Tasa Total de Fecundidad deseada (WTFR)

VI Indicadores para medir la demanda de planificación familiar

- Demanda de limitación
- Demanda de espaciamiento
- Demanda total (de planificación familiar)
- Necesidad no satisfecha de planificación familiar
- Satisfacción de la demanda de planificación familiar

VII Indicadores para medir la utilización de los servicios

- Número de visitas al punto o puntos de provisión de los servicios
- Número de nuevas aceptantes de la anticoncepción moderna
- Número de nuevas aceptantes en la institución
- Número de nuevos segmentos de anticoncepción
- Años Protección Pareja (APP)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasas de continuación

VIII Indicadores para medir la práctica anticonceptiva

- Tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR)
- Número de usuarios actuales
- Utilización de la anticoncepción alguna vez (uso pasado)
- Fuente de suministro (por método)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasas de continuación
- Tasas de falla del anticonceptivo

IX Indicadores para medir el impacto sobre la fecundidad

A. Nivel de fecundidad

- Tasa bruta de natalidad (CBR)
- Tasa de fecundidad específica por edad (ASFR)
- Tasa Total de Fecundidad (TFR)

B. Nacimientos evitados

- Nacimientos evitados (por el programa)

C. Otros indicadores

- Tasa de natalidad específica por la paridad
- Proporción de nacimientos por encima (o por debajo) de una paridad especificada
- Proporción de nacimientos de mujeres por encima o por debajo de una edad especificada
- Duración mediana de los intervalos entre nacimientos
- Proporción de intervalos abiertos o cerrados entre nacimientos que tienen una duración especificada o mayor
- Tasa Total de Fecundidad no deseada (UTFR)

X Pasos futuros en la formulación de indicadores para evaluación de la planificación familiar

- Inclusión de medidas distintas del impacto de la fecundidad
- Perfeccionamiento de los indicadores en áreas funcionales
- Inclusión de los indicadores de costos
- Inclusión de indicadores para programas dirigidos a grupos objetivo y especiales
- Formulación de normas de puntuación para los indicadores
- Inclusión de indicadores de institucionalización y sustentabilidad

Capítulo I

Visión de Conjunto

- Introducción
- Objetivos del Manual
- Lectores previstos
- Colaboradores de este Manual
- Uso del Manual
- Organización del Manual
- Examen general del marco conceptual
- Tipos de indicadores: Insumos, proceso, resultado y impacto
- Fuentes de datos
- Puntuación de los indicadores
- Actualización prevista de este Manual

VISION DE CONJUNTO DEL MANUAL

La planificación familiar ha generado mas actividades de evaluación que ninguna otra clase de intervención social o de salud pública. Estas actividades han resultado de un compromiso sostenido a través de varias décadas por parte de gobiernos, donadores internacionales e investigadores individuales, para comprender los mecanismos que explican el uso de los anticonceptivos y, en última instancia, la reducción de la fecundidad. En fecha más reciente, el interés en el aporte de la planificación familiar al mejoramiento de la salud materno-infantil y su importancia como derecho humano fundamental han proporcionado un ímpetu adicional para evaluar los efectos de estos programas.

Gran parte del trabajo inicial realizado en materia de evaluación de la planificación familiar, que data de las décadas de 1960 y 1970, se concentró en el resultado final de los programas, específicamente en el uso de los anticonceptivos y las tasas de fecundidad. Sin embargo, a medida que ha avanzado este campo, también se ha prestado una atención considerable a los componentes del programa general y al desempeño de estas áreas funcionales. Como resultado de tres décadas de extenso trabajo en este campo, ahora existe una rica reserva de indicadores para medir el desempeño e impacto de los programas de planificación familiar. Estos se hallan en una voluminosa literatura sobre evaluación de la planificación familiar. Los conceptos y definiciones clave se resumen en una publicación de las Naciones Unidas sobre la metodología de evaluación de los programas de planificación familiar (Naciones Unidas, 1986).

A pesar de esta riqueza de experiencias y documentación extensa de la evaluación de la planificación familiar, hay dos deficiencias importantes con respecto a los indicadores en este campo. Primero, las definiciones de los indicadores utilizadas para evaluar los programas de planificación familiar carecen de uniformidad. Segundo, los diversos indicadores que pueden obtenerse de la literatura de planificación familiar nunca se han recopilado en una sola fuente, de fácil acceso y utilización para el usuario. El presente Manual está concebido para subsanar estas dos deficiencias.

Objetivos del Manual

El Manual proporciona una lista integral de los indicadores más ampliamente utilizados para evaluar los programas de planificación familiar en los países en desarrollo. Los indicadores están organizados de acuerdo con el marco conceptual formulado con el Proyecto EVALUACION, para delinear los medios a través de las cuales los programas logran resultados y, por tanto, proporciona un marco lógico para la elaboración de un plan de evaluación.

En tanto que algunas actividades pasadas de evaluación han tendido a tratar las operaciones del programa de planificación familiar como una "caja negra", este marco conceptual especifica la forma en que se prevé que los programas logren resultados al nivel tanto programático como demográfico. De este modo, además de determinar si el programa logró el impacto deseado a nivel demográfico, también es posible rastrear los diferentes componentes del sistema para identificar aciertos que conviene reforzar y deficiencias que es necesario subsanar.

Los objetivos específicos de este Manual son los siguientes:

- diferenciar los niveles para los que se necesitan indicadores en la evaluación de la planificación familiar (nivel programático frente a demográfico);
- compilar en un volumen único los indicadores que se consideran más útiles en la evaluación de un programa de planificación familiar;
- proporcionar una definición de estos indicadores para procurar el uso sistemático de términos

- a través de los distintos programas, países y organismos donadores; y
- promover la evaluación de los programas mediante unos indicadores mejor conocidos y más fáciles de usar.

Lectores previstos

Varios tipos de lectores hallarán el presente Manual muy pertinente para su trabajo, entre ellos los siguientes:

1. Administradores y gerentes de programas de planificación familiar para
 - determinar si las evaluaciones realizadas por su propio personal o por grupos externos incluyen los indicadores clave que permitan evaluar el desempeño del programa.
2. Personal en los organismos internacionales de planificación familiar encargados de diseñar y evaluar proyectos colaborativos con las instituciones del país receptor para
 - comparar definiciones de indicadores en uso con las definiciones operativas incluidas en este Manual a fin de garantizar uniformidad de términos;
 - seleccionar los indicadores de entre los de este "menú" con miras a formular un plan de evaluación de actividades en curso o futuras;
 - identificar el resultado que cabe esperar de diferentes áreas funcionales y que cabe vincular razonablemente con las actividades realizadas en dicha esfera; y
 - reconocer la dificultad de vincular las actividades en áreas funcionales directamente con los efectos demográficos (por ejemplo, prevalencia anticonceptiva), excepto en los casos en los que se utiliza un diseño experimental o cuasi-experimental.
3. Especialistas locales responsables de supervisar el desempeño y evaluar la eficacia de programas concretos de planificación familiar para:
 - (lo mismo que para los funcionarios de los organismos internacionales de planificación familiar, mencionados anteriormente); y
 - reconocer las limitaciones de los distintos indicadores, las cuales pueden citarse en la presentación de los resultados de la evaluación.
4. Expertos en investigación aplicada de planificación familiar y demógrafos interesados en el cambio de la fecundidad para
 - utilizar el marco conceptual descrito en el presente Manual como punto de referencia para diseñar proyectos de investigación operativa y otras clases de proyectos de investigación aplicada; y
 - ampliar el enfoque tradicional en el análisis del descenso en la fecundidad, centrado en los determinantes estructurales de la demanda de hijos, para incluir un examen más detallado del entorno de provisión de planificación familiar y su impacto sobre el uso de los anticonceptivos y el descenso de la fecundidad.

Colaboradores de este Manual

Si bien la compilación propiamente dicha de este Manual se realizó bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION, numerosas partes han contribuido al mismo.

Agencias colaboradoras de la USAID (CA)

A principios de 1992, se envió un cuestionario a todas las CA en la Oficina de Población para determinar los tipos de indicadores que éstas (o sus colaboradores en el país receptor) utilizan al evaluar el desempeño y el impacto. Los indicadores que declararon usar frecuentemente se incluyen en el presente Manual.

Grupos de trabajo de especialistas en áreas funcionales

Esta primera edición del Manual se ha beneficiado de los aportes de seis grupos de trabajo organizados bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION. Estos grupos han estado integrados principalmente por personal de la Oficina de Población de la USAID y sus órganos cooperadores. El trabajo se ha concentrado en seis áreas funcionales: política, gestión, capacitación, suministros y logística, e investigación operativa. De las facetas múltiples de la entrega de servicios, el Grupo de Trabajo de la Entrega de Servicios se ha concentrado principalmente en un área: la calidad de la atención. De este modo, los indicadores presentados en este Manual para política, gestión, capacitación, logísticas, investigación y calidad de la atención se han beneficiado de los aportes de los distintos especialistas en la comunidad de la USAID dedicada a los temas de población.

El Manual también constituye un reflejo de las conclusiones de tres grupos de trabajo anteriores. Dos de estos grupos fueron subcomités reunidos bajo los auspicios de un Grupo Especial de la USAID para Mejorar los Indicadores de Desempeño de los Programas de Planificación Familiar (en operación desde 1986 hasta 1991):

- el Subcomité sobre Calidad de Atención (Subcomité sobre Indicadores de Calidad en la Entrega de Servicios de Planificación Familiar, 1990); y
- el Subcomité sobre Encuestas, Sistemas de Información de Gestión y Estudios Especiales (Grupo Especial de la USAID, 1987).

El tercer grupo cuya labor ha contribuido a este Manual fue convocado por la División de Información y Capacitación de la Oficina de Población:

- el Grupo de Trabajo de Evaluación (que abarcó Capacitación, Información-Educación-Comunicación y Gestión) (Landry, 1992).

Personal del Proyecto EVALUACION

Los profesionales de alto nivel del Proyecto EVALUACION han aportado secciones específicas o revisado todo el documento. Su experiencia en evaluación de la planificación familiar y su uso de los indicadores en relación con proyectos en curso han hecho que su aporte sea especialmente valioso.

Uso del Manual

Por lo general, la compilación de este inventario de indicadores en procura de uniformidad en la definición de los términos ha sido acogida con entusiasmo entre los miembros de la comunidad internacional dedicada a temas de población. Sin embargo, ha habido alguna aprehensión en torno a la finalidad de dicho Manual. ¿Se verían las CA (organizaciones basadas en Estados Unidos que reciben fondos de la USAID para promover y realizar actividades de planificación familiar en los países en desarrollo) forzadas a modificar su modalidad de operación a fin de recibir una "buena puntuación" en relación con indicadores concretos? ¿Se compararían los programas entre los países y esta comparación influiría en las asignaciones presupuestarias? ¿Se hallarían las instituciones de los países receptores obligadas a utilizar estos indicadores en una forma normalizada que pudiera no satisfacer las necesidades locales? ¿Hallarían los investigadores que su búsqueda libre del conocimiento quedaba limitada por una lista previamente establecida de indicadores?

El presente Manual ha sido recopilado como documento de referencia para que lo utilice la comunidad internacional dedicada a temas de población. No da instrucciones paso por paso para efectuar la planificación y realizar las evaluaciones.¹ Más bien, proporciona una *lista de indicadores que deberá utilizarse de forma selectiva como parte de la evaluación de los programas nacionales de planificación familiar, los programas regionales o los proyectos.*

Cabe subrayar que ningún programa deberá tratar de utilizar todos los indicadores esbozados en este Manual. En realidad, para fines rutinarios de vigilancia es deseable seleccionar unos cuantos indicadores pertinentes que sean para el personal fáciles de recoger, interpretar y debatir. Luego, pueden realizarse estudios especiales para evaluar los resultados que están obteniendo los programas en áreas de interés específico para el personal del programa (escalonados para reducir al mínimo la carga de investigación de la organización).

La falta de uniformidad en la definición de los indicadores y términos que existe en la comunidad internacional dedicada a temas de población ha surgido NO de una decisión consciente de apartarse del uso estándar, sino más bien de la inexistencia de una fuente central de la que obtener una "definición estándar". Este problema ocurre con más frecuencia en lo que respecta a los indicadores de proceso y resultado en los programas de planificación familiar, tales como "nuevo aceptante", que en relación con medidas demográficas basadas en datos de las Encuestas de Demografía y Salud.

Algunas organizaciones de planificación familiar pueden hallar que una o más de las definiciones contenidas en el presente Manual no concuerdan con sus propias definiciones operativas de estos términos. Esta situación requeriría una decisión consciente en cuanto a la medida más apropiada a adoptar. Si el costo de efectuar el cambio es bajo, la organización pudiera muy bien optar por ajustarse a una definición estándar de términos. En algunos casos, sin embargo, puede haber fuertes razones para seguir usando las definiciones existentes. Incluso si una organización opta por no aceptar estas definiciones, prestaría un buen servicio a la comunidad internacional en la esfera de población explicando (en informes destinados a circulación fuera de la institución) la forma en que su definición de los términos difiere de la que se proporciona en este Manual.

Análogamente, los investigadores no deben, en modo alguno, considerarse circunscritos por las definiciones utilizadas en el presente Manual; otras, inclusive definiciones "híbridas", pueden ser igualmente válidas en entornos específicos. Sin embargo, la existencia misma de una serie normalizada

¹ Se dispone de otras referencias sobre los pasos que entraña la realización de evaluaciones de los programas de planificación familiar, incluido el volumen reciente de García-Núñez (1992). Además, el Proyecto EVALUACION está elaborando actualmente un manual sobre el diseño y ejecución de planes de evaluación de programas nacionales de planificación familiar que servirá como volumen paralelo del presente Manual.

de indicadores/definiciones permitirá una mayor claridad en las situaciones en que un investigador o evaluador de un programa opte por definir los términos de forma diferente y dé una razón fundamental para justificar dicha decisión.

Sin embargo, en general, se prevé que los investigadores, evaluadores y gerentes de programas:

- estén utilizando ya algunos indicadores como los que se definen aquí; o
- acojan la orientación sobre indicadores que no están en uso todavía pero que pudieran ser útiles para la organización o para una evaluación concreta.

En el grado en que no se esté ya utilizando otra definición de un indicador, hay beneficios en adoptar una definición estándar que aumente la uniformidad de uso entre los proyectos, programas y países. Esta uniformidad de términos resultará en una mayor comprensión de los datos declarados de fuentes diferentes y comparaciones más válidas entre los países.

Muchos han preguntado "**¿Cuáles son los 10-15 indicadores clave esenciales para evaluar los programas de planificación familiar en todo el mundo?**" La respuesta depende totalmente de la finalidad de la evaluación. Unos cuantos indicadores del resultado final ampliamente utilizados (prevalencia anticonceptiva, tasa de fecundidad total) figurarían en la mayoría de los planes nacionales de evaluación. Además, la mayoría de los programas supervisarán al menos una medida de producción, tales como los nuevos usuarios o los Años Protección Pareja (APP). Sin embargo, aparte de éstos, los indicadores que son más importantes para un plan de evaluación variarán de acuerdo con los objetivos del programa, las áreas de prioridad dentro del programa y la disponibilidad de datos.

Los indicadores presentados en este Manual no son, en modo alguno, completos. Por el contrario, apenas tocan la superficie en algunas áreas funcionales. Con ellos se pretende proporcionar un marco general dentro del cual pueda diseñarse una evaluación más concreta. Por ejemplo, un gerente de programa que desee obtener reacciones sobre un curso integral de capacitación que abarque temas múltiples pudiera considerar a primera vista que los indicadores del resultado proporcionados aquí eran muy generales, tales como:

- número o porcentaje de participantes que han asimilado el conocimiento pertinente; y
- número o porcentaje de participantes que aplican las competencias a su labor subsiguiente.

Sin embargo, estos indicadores son solo un esbozo de las áreas que deberían considerarse en una evaluación propiamente dicha. Dependiendo del contenido del curso, pudiera hacerse preguntas a un determinado participante en relación con 30-50 elementos de su conocimiento; se le pudiera observar en la realización de 10, 20 o más tareas en el lugar de trabajo. Debido a que estos rubros serían específicos para un determinado programa de capacitación, no nos detendremos en ellos en el presente Manual. Sin embargo, las categorías generales de indicadores a abordar deberían tener una finalidad en la elaboración de instrumentos de evaluación para aplicaciones concretas.

Este Manual aspira a mejorar la evaluación de los programas con el fin de fortalecer la entrega de servicios de planificación familiar en el programa nacional de planificación familiar (programa regional o proyecto concreto) de un país dado. No aspira a producir una cartilla de calificaciones que confronte a dos países en la adjudicación futura de fondos. Aunque este Manual está diseñado con miras a promover un uso sistemático de las definiciones y términos entre los distintos países y programas, es importante reconocer que los contextos socioeconómico y cultural en que operan los programas difieren mucho. Por ejemplo, es más fácil lograr un cierto nivel de cobertura para una campaña de promoción de la planificación familiar a través de los medios de información en un país pequeño con una población que sólo habla un idioma, con un sistema de comunicaciones bien desarrollado y con una política gubernamental favorable hacia la planificación familiar que en un país donde se hallan ausentes estas condiciones. Análogamente, es importante tener en cuenta la magnitud de los resultados en términos de

la dimensión de la población en números absolutos, cosa que no se vería inmediatamente en los porcentajes y tasas solamente. La mayor parte de la gente estará de acuerdo en que será una empresa mucho mayor lograr un sistema logístico que funcione bien en India (o incluso en un estado de India) que en países con un nivel socioeconómico análogo, pero con una fracción de esa población.

Si bien las comparaciones entre países en relación con ciertas variables son inevitables y, a menudo, son sumamente útiles para la comunidad internacional dedicada a los temas de población (Baldwin, 1992), los resultados obtenidos para estos indicadores con respecto a la evaluación de la planificación familiar son susceptibles de uso poco apropiado si no se interpretan en un contexto específico para un país. En muchos casos, será mucho más productivo comparar indicadores para un determinado programa en el curso del tiempo que utilizar los indicadores para comparaciones entre dos países.

Organización del Manual

Este Manual está organizado en torno a un marco conceptual que esboza las sendas a través de las cuales los programas de planificación familiar surten efecto en un país dado.

El término **programa de planificación familiar** se refiere a un programa organizado—a menudo con patrocinio, apoyo, administración, instalaciones y personal del gobierno pero que con frecuencia entraña actividades privadas (asociaciones de planificación familiar, médicos privados) y comerciales—con miras a proporcionar información, suministros y servicios de medios modernos de control de la fecundidad a quienes están interesados en ellos (Ross, 1992). En dicho sentido, incluimos otras organizaciones no gubernamentales (ONG) que proporcionan anticoncepción a la sombra del programa nacional.

Los programas de planificación familiar tienden a tener una de tres metas: reducir las tasas de fecundidad, mejorar el estado de salud materno-infantil o procurar la libertad reproductiva de las mujeres proporcionándoles medios para controlar su fecundidad. En algunos casos, el objetivo declarado del programa será aumentar la prevalencia anticonceptiva, pero este objetivo es motivado generalmente por uno de los tres factores citados arriba.

En esta edición del Manual, nos concentramos en el primero de estos objetivos (reducir la fecundidad) al detallar los procesos mediante los cuales los programas cambian el comportamiento reproductivo y surten un efecto.² Cabe advertir, sin embargo, que el marco conceptual presentado aquí podría adaptarse fácilmente para uso en la evaluación de programas de planificación familiar concebidos para mejorar el estado de salud o aumentar las opciones reproductivas.³

Si el objetivo consiste en reducir la fecundidad, hay cierto número de factores que tomar en cuenta (muchos de los cuales se incluyen como indicadores en este Manual). Por ejemplo, ¿están las parejas ya motivadas a espaciar o limitar los nacimientos en esta sociedad? ¿Conoce la población los métodos

² La decisión de concentrarse en la fecundidad se relaciona con los objetivos originales del Proyecto EVALUACION. Si bien estos objetivos han evolucionado para abarcar un enfoque más amplio sobre otros efectos, incluidas la salud materno-infantil y la opción reproductiva, este cambio es relativamente reciente. Estos otros efectos se abordarán en la versión subsiguiente del Manual, que se describe en el Capítulo X.

³ Históricamente, los principales beneficiarios de los servicios de planificación familiar han sido los adultos (principalmente las mujeres) en unión conyugal. Sin embargo, al expandirse el enfoque de los programas para incluir una serie más amplia de servicios de salud reproductiva, los indicadores necesitarán ampliarse también para que respondan mejor a las necesidades de personas jóvenes que no están unidas, de parejas estériles, de hombres, de prostitutas y de otros.

disponibles para evitar el embarazo?) Tienen acceso a los servicios de planificación familiar?) Tiene el programa de planificación familiar una imagen positiva que capta nuevos clientes?) Son los servicios de calidad suficiente para asegurar un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos?

Este marco conceptual, elaborado con el Proyecto EVALUACION (Tsui et al., 1992) proporciona la base para la organización del Manual. Los indicadores que se incluyen aquí corresponden a los componentes del marco conceptual. Concretamente, los bloques ilustrados en las Figuras I-1 y I-2 corresponden a los encabezamientos de los capítulos II al IX, "Indicadores para Medir..."

- el ambiente normativo
- las operaciones de provisión de servicios
- la producción de servicios
- la demanda de hijos
- la demanda de planificación familiar
- la utilización de los servicios
- la práctica de la anticoncepción
- la fecundidad

Visión de conjunto del marco conceptual

En cualquier país, hay múltiples factores sociales, económicos y culturales que operan en la sociedad como un todo para determinar las normas de la dimensión de la familia. Estos factores se combinan con las características socio-demográficas y los factores psico-sociales para influir en la dimensión deseada de la familia en un plano individual. El nivel de desarrollo socioeconómico, el grado de urbanización, la demanda de mano de obra infantil, el apoyo a los ancianos y la seguridad económica, el costo de la crianza de los hijos, las tasas de mortalidad infantil, los niveles de educación de la mujer, la condición social de las mujeres, las estructuras de parentesco, los patrones conyugales y las costumbres religiosas son todos ellos ejemplos de factores fundamentales que determinan la demanda de hijos en una sociedad dada. En la literatura sociológica, se les llama determinantes estructurales; han contribuido históricamente a mantener altos niveles de fecundidad en países situados en el extremo bajo de la escala de desarrollo.

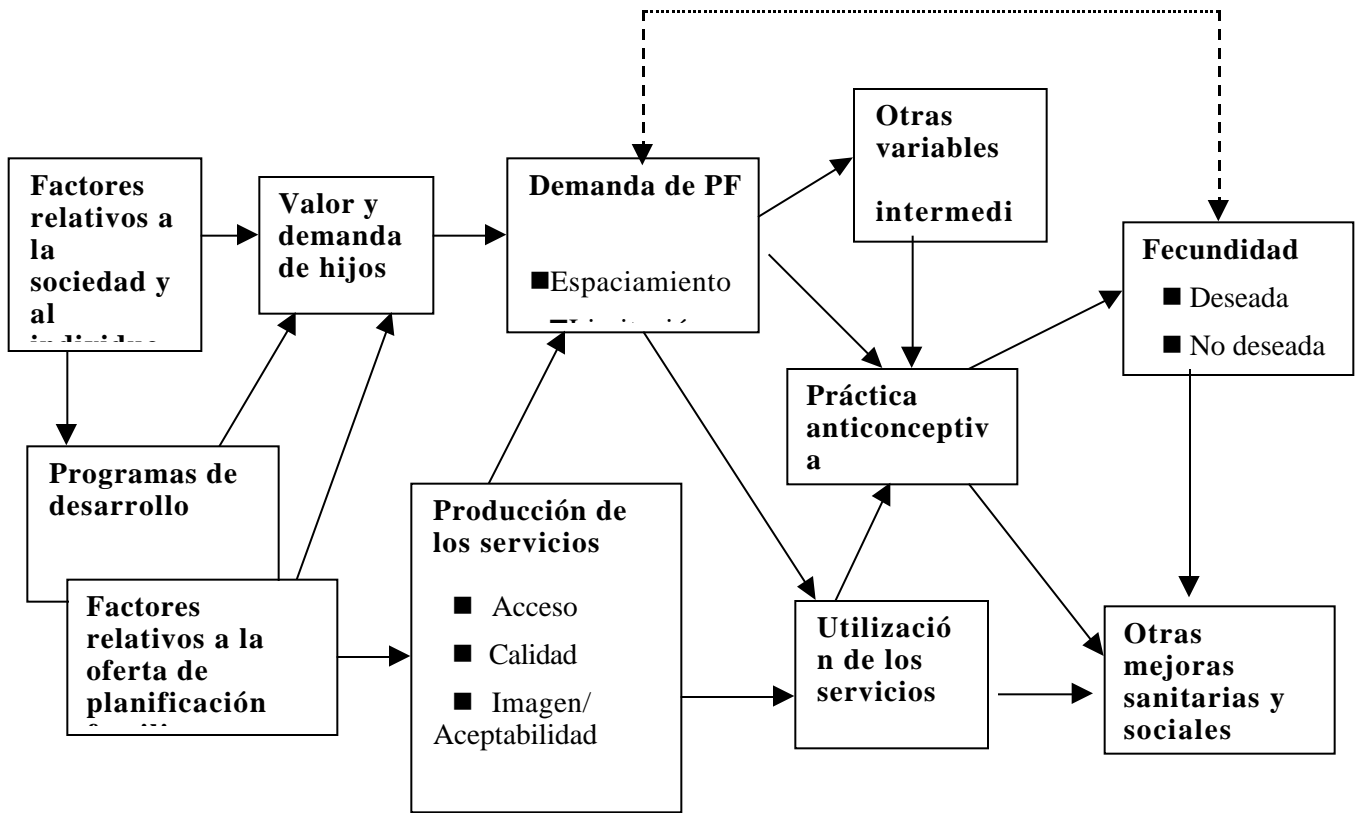
Sin embargo, la demanda de hijos también se ve afectada por el entorno de la oferta de planificación familiar. Muchos argumentan que, al hacer más asequibles los servicios de planificación familiar, podemos no sólo satisfacer una demanda latente de espaciamiento o limitación de los nacimientos que existe en una determinada sociedad sino también crear una demanda para estos servicios al proporcionar a las parejas opciones distintas que una procreación continua, así como medios para prevenir el embarazo.

Los factores de la oferta en los programas de planificación familiar, representados como un bloque único en la Figura I-1, se ilustran de forma más detallada en la Figura I-2. En la mayoría de los países en desarrollo, la ayuda externa al desarrollo ha servido de catalizador para la expansión de los servicios de planificación familiar (China constituye una notable excepción), que ha afectado tanto el sistema político e administrativo, como la estructura orgánica.

La clave para desarrollar un sólido programa de planificación familiar está en el sistema político e administrativo en el que operará el programa. El apoyo político es ampliamente reconocido como un factor clave en el éxito de un programa. Las asignaciones de recursos, el uso de los incentivos al proveedor y al aceptante y la recuperación de los costos determinarán la suficiencia de las instalaciones, el personal, el equipo, los resultados (outputs) y otros materiales requeridos para un programa viable. Las leyes y reglamentos afectarán la llegada de anticonceptivos a los países, el número de métodos que son legales, las características de las personas elegibles para recibirlos y temas afines que influyen en el acceso a la anticoncepción. El sistema político e administrativo de la planificación familiar no existe, empero, en un vacío, sino que está influenciado por los factores más amplios de la sociedad y el gobierno político.

Figura I-1

Marco conceptual de la demanda de planificación familiar e impacto del programa sobre la fecundidad

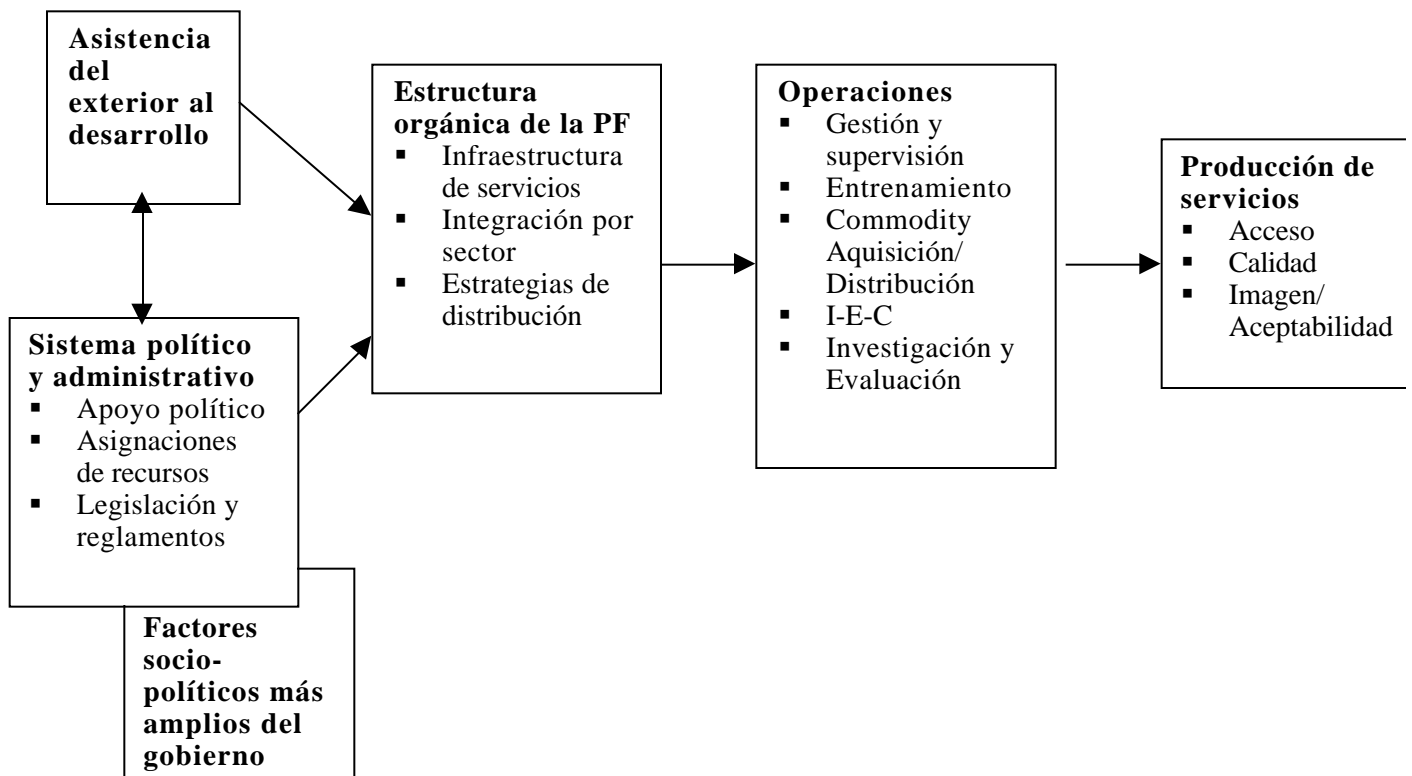


El ambiente normativo de un programa también influye en la forma en que se organiza la planificación familiar en un país dado: la infraestructura disponible para la provisión de servicios, el grado de integración de la planificación familiar con otros sectores del gobierno, los tipos de estrategias de provisión de servicios utilizados (basados en la clínica, distribución basada en la comunidad y mercadeo social de anticonceptivos) y el peso relativo del sector público y privado en la iniciativa.

Un programa integral de provisión de servicios de planificación familiar consiste en cierto número de operaciones (llamadas también sistemas, subsistemas o áreas funcionales). Estas operaciones corresponden de cerca a las divisiones que se encuentran en la mayoría de los programas de planificación familiar del gobierno o del sector privado: gestión, supervisión, capacitación, materiales y su logística, información-educación-comunicación (I-E-C), e investigación-evaluación. En pocas palabras, los insumos en el programa de planificación familiar se invierten en una serie de actividades ("procesos") que corresponden a estas áreas funcionales.

Figura I-2

Marco conceptual de los factores de provisión de planificación familiar



) Qué resultados esperan lograr los programas mediante esta inversión de recursos humanos y financieros en una serie definida de actividades? El primer resultado guarda relación con la idoneidad de los servicios propiamente dichos desde la perspectiva de los clientes. Concretamente, los programas se esfuerzan por mejorar la cantidad y calidad de los servicios anticonceptivos disponibles para el posible cliente en el sector público (programa gubernamental) y el sector privado (servicios patrocinados por las ONG, médicos privados, farmacias u otros establecimientos comerciales). Al mismo tiempo, mediante actividades de información-educación-comunicación (I-E-C) tratan de hacer más aceptable el clima social para la planificación familiar, de forma que los clientes reciban apoyo social por su decisión de practicar la anticoncepción.

La idoneidad de los servicios de planificación familiar se mide en términos de **adecuación de servicios**.

El término **adecuación** se refiere a los resultados logrados al nivel de programa; el término **servicios** se refiere al objetivo de mejorar el sistema de provisión de servicios. La producción de servicios puede clasificarse y evaluarse conforme a tres dimensiones:

- accesibilidad de los servicios de planificación familiar;
- calidad de los servicios; e
- imagen y aceptabilidad del programa.

Al hacer los servicios más asequibles y satisfactorios para los posibles clientes, los programas nacionales de planificación familiar se esfuerzan por lograr un segundo resultado clave: aumentar la *utilización de estos servicios*.⁴ En muchos programas, las actividades de evaluación se concentran principalmente en supervisar los indicadores de la utilización de los servicios tales como el número de nuevos aceptantes o los Años Protección Pareja, tal como se describe en el Capítulo VII. Ciertamente, a menudo ocurre que, al nivel de programa (es decir, tomando como base los datos generados por el propio programa), el éxito del programa se evalúa en gran parte de acuerdo con los indicadores de la utilización de los servicios.

En el caso de la planificación familiar, la utilización de los servicios es importante ya que está estrechamente vinculada con el cambio clave de comportamiento que se pretende conseguir: una mayor práctica anticonceptiva en la población beneficiaria. La prevalencia anticonceptiva se refiere al porcentaje de mujeres de edad reproductiva en la población beneficiaria (o sus parejas) que utilizan un método anticonceptivo en un momento dado (a menudo, aunque no siempre, tomando como base a mujeres casadas o en unión sexual).

El uso de los anticonceptivos incide directamente en la fecundidad. En los análisis de los factores responsables del descenso reciente en la fecundidad en los países en desarrollo, el uso de los anticonceptivos emerge como el factor más importante. Otras variables intermedias (o determinantes próximos de la fecundidad) además de la anticoncepción son el porcentaje de mujeres de edad reproductiva en unión sexual, el porcentaje en el período postparto no susceptible y la prevalencia del aborto.

Estos otros factores intermedios inciden en la fecundidad pero en un grado menor que la anticoncepción (Bongaarts, 1978). (La situación es algo diferente en Africa donde tanto el uso de los anticonceptivos como la falta de susceptibilidad postparto son determinantes clave de la fecundidad.)

El uso de los anticonceptivos también produce impactos en materia de salud materno-infantil, aunque la naturaleza exacta de la relación es menos fácil de cuantificar. Hay evidencias crecientes de los beneficios

⁴ En el proceso, sus iniciativas pueden afectar al uso en el sector privado si, por ejemplo, la I-E-C del programa nacional surte el efecto secundario o derivativo de aumentar las ventas comerciales en farmacias de productos anticonceptivos. Estas iniciativas pueden afectar asimismo a la utilización de "ningún servicio", en el caso de personas que recurren a la retirada o a otros métodos que no requieren ninguna clase de contacto con el programa.

para la salud asociados con (1) evitar nacimientos a una edad materna demasiado baja o demasiado alta, con alta paridad y a intervalos cortos, y con (2) reducir la dependencia del aborto (Consejo Nacional de Investigación, 1989).

En resumen, los títulos de los capítulos que siguen corresponden a los diferentes recuadros del marco conceptual. Los indicadores descritos en cada capítulo proporcionan medidas concretas para supervisar el desempeño de los programas y medir el impacto de los programas de planificación familiar.

Tipos de indicadores: insumos, proceso, resultado e impacto

Antes de seguir adelante con la definición de los indicadores propiamente dichos, conviene revisar brevemente los términos utilizados en la evaluación de los programas. Esta revisión es especialmente importante dada la falta de normalización no sólo en el campo de la planificación familiar sino también en la evaluación de los programas como una ciencia (Veney, 1992). Incluso quienes se especializan en la evaluación pueden, sin pretenderlo, utilizar ciertos términos indistintamente en debates informales cuando, en realidad, los términos tienen un significado técnico específico.

Dentro de la USAID y en la comunidad internacional dedicada a temas de población en su conjunto, se habla de dos tipos de evaluaciones: de desempeño y de impacto. Aunque estos dos tipos de evaluación difieren en muchos aspectos, una diferencia importante corresponde a las fuentes de datos. En la mayoría de los casos, la evaluación del desempeño (utilizando los términos citados arriba) requiere datos basados en los programas. En contraste, las evaluaciones realizadas para medir el impacto (por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva como impacto intermedio o la fecundidad como impacto a largo plazo) requieren datos basados en la población. La Figura I-3 resume la relación entre los tipos de indicadores (insumo-proceso-resultado-impacto) y las fuentes de los datos (Reynolds, 1990).

Figura I-3

Niveles de los indicadores en la evaluación de los programas de planificación familiar

Basados en los programas (Desempeño)

- Insumo
- Proceso
- Resultado

Basados en la población (Impacto)

- Efecto (a mediano plazo)
- Impacto (a largo plazo)

La razón para optar por estos términos es la de evitar la posible confusión en torno a la palabra "impacto" que, mediante un uso generalizado no técnico, ha perdido ya su significado exacto en términos de evaluación. Por ejemplo, un especialista en I-E-C pudiera hablar en términos del impacto de una campaña en curso a través de los medios de información sobre los nuevos aceptantes en las clínicas locales. Este caso es muy diferente de un miembro del Congreso de Estados Unidos que desea conocer el impacto de los programas de planificación familiar de la USAID (sobre la fecundidad).

La distinción entre "basados en los programas"⁵ y "basados en la población" es la siguiente. Los datos basados en los programas consisten en información disponible de fuentes programáticas (por ejemplo, registros administrativos, registros de los clientes, datos estadísticos sobre servicios) o en información que puede obtenerse mediante recopilación *in situ* (por ejemplo, observación de la interacción entre el proveedor de los servicios y el cliente, encuestas de clientes "simulados"). Los estudios de seguimiento de clientes que han asistido a una clínica también utiliza datos basados en los programas ya que los nombres de los clientes provienen de los registros de la clínica.

⁵ Un término de alternativa para basados en los programas es "basados en los servicios". Sin embargo, este término entraña el punto de provisión de alguna clase de servicio, que pudiera no ser el caso para ciertos indicadores recopilados por el programa (por ejemplo, el número de personas capacitadas en I-E-C). Así, pues, el término basados en los programas se utiliza por lo general en el Manual.

Dentro del nivel programático es importante diferenciar aún más los componentes. Los insumos (recursos programáticos) se introducen en los procesos (actividades programáticas) que, a su vez generan resultados (a nivel del programa) y con el tiempo, impacto (a nivel de la población) tal como se ilustra en la siguiente secuencia:

Insumo ∞ **Proceso** ∞ **Resultado** ∞ **Impacto**

Insumos son los recursos humanos y financieros, las instalaciones físicas, el equipo y las políticas operativas que permiten proporcionar los servicios.

Proceso se refiere a las actividades múltiples que se llevan a cabo para lograr los objetivos del programa. Incluye tanto lo que se hace como la calidad de lo que se hace.

Aunque generalmente insumos se reflejan en un proceso satisfactorio de provisión de servicios, teóricamente es posible tener abundantes insumos pero un servicio deficiente (por ejemplo, si un administrador de alto nivel opuesto a la planificación familiar lograra bloquear la entrega de servicios en las instalaciones bajo su control). A la inversa, hay numerosos ejemplos sacados de la vida real en todo el mundo donde proveedores de servicios con recursos sumamente inadecuados se esfuerzan, sin embargo, por proporcionar el mejor servicio que pueden dados las circunstancias.

Resultado se refiere a los resultados de estos esfuerzos al nivel programático. Aunque los encargados de programas de planificación familiar en el campo están interesados en las tendencias nacionales con respecto a la anticoncepción y la fecundidad, tenderán a limitar la evaluación de sus propias actividades a medidas basadas en los programas, especialmente medidas del resultado. Dos tipos de resultado, que se ilustran en recuadros separados en la Figura I-1, son la adecuación de servicios (que mide la suficiencia del sistema de entrega de servicios de planificación familiar) y la utilización de los servicios (que mide el grado en el que se utilizan los servicios).

En contraste, la evaluación del impacto se refiere a medir el **efecto** que el programa tiene sobre el sistema social en su conjunto, de ordinario la población general de una determinada población objetivo (por ejemplo, la población de un país). También puede referirse a un área limitado menor (por ejemplo, el área de captación de un proyecto de demostración), siempre y cuando los datos se saquen de una muestra al azar de esa población. La Encuesta Demográfica y de Salud es una fuente principal de evaluaciones basadas en la población para las actividades de los programas de planificación familiar.

Dentro de la categoría de evaluación basada en la población, cabe distinguir entre dos clases de resultados: intermedios y finales (de largo plazo).

Efecto (a mediano plazo):

- aquellos cambios relativamente directos e inmediatos del proceso y resultado del programa (por ejemplo, prevalencia anticonceptiva).

Impacto (a largo plazo):

- aquellos cambios previstos a largo plazo del proceso y resultado de un programa (por ejemplo, el cambio en las tasas de fecundidad) pero estos también están sujetos a la influencia de muchos factores no programáticos (tales como las condiciones socioeconómicas o el estado social de las mujeres).

Muchos programas de planificación familiar están concebidos con miras a reducir la fecundidad; sin embargo, a menudo se requieren años para producir este efecto. Además, si se logra y cuando se logre, no siempre es posible establecer una relación de causa entre el programa de planificación familiar en cuestión y el descenso en la fecundidad (dado que otros factores, tales como niveles más elevados de educación o condiciones económicas mejoradas, pueden también contribuir al resultado).

Dado lo anterior, las evaluaciones programáticas se concentran a menudo en los cambios a mediano plazo (efectos), a los que se les considera más directamente relacionados con la actividad programática y se espera reflejen el cambio en un período de tiempo más corto. El resultado intermedio más ampliamente declarado por los programas de planificación familiar es la prevalencia anticonceptiva: el porcentaje de mujeres de edad reproductiva que actualmente usan un método anticonceptivo.

La madurez del programa de planificación familiar determinará en parte el tipo de estrategia de evaluación a utilizar. Por ejemplo, todos los programas sean incipientes o maduros, pueden beneficiarse del monitoreo del proceso y de analizar el impacto. Sin embargo, en los programas que están en una etapa inicial o de lanzamiento (Destler et al., 1990) es apropiado concentrarse principalmente en el proceso y el resultado más que en el cambio basado en la población. Incluso en programas de gran éxito, se necesitan varios años para mostrar un incremento en la prevalencia anticonceptiva al nivel nacional.

Quienes están deseosos de demostrar resultados un año después de lanzado el programa pueden verse, en realidad, frustrados y desalentados ante la falta aparente de efecto del programa. En contraste, aunque los programas maduros se benefician también de los pequeños ajustes que resultan de supervisar el proceso y la producción, los resultados de intereses principales guardan relación con el impacto o resultado final del programa.

Cabe advertir que, en el marco conceptual, todos los recuadros en la Figura I-2, incluida la producción de servicios, se prestan para evaluar su desempeño.⁶ El resultado de diferentes áreas funcionales (por ejemplo, un plan estratégico para orientar la actividad del programa de planificación familiar, un personal capacitado que aplique nuevas competencias, un sistema logístico en funcionamiento, mensajes de I-E-C que informan a los posibles clientes acerca del lugar donde obtener los servicios, etc.) contribuye colectivamente a definir la adecuación de servicios en lo referente al acceso, la calidad de los servicios y la imagen y aceptación del programa.

⁶ Una excepción es la relacionada con la Información-Educación-Comunicación (I-E-C). Entre los indicadores clave utilizados para determinar si las actividades I-E-C están alcanzando su objetivo figuran las medidas del producto y del efecto al nivel de la población (por ejemplo, el porcentaje de la población objetivo expuesta a los mensajes de planificación familiar).

En contraste, los recuadros en el extremo derecho del marco conceptual (Figura I-1) reflejan el resultado pretendido de los programas de planificación familiar, que llamamos indicadores basados en la población (por ejemplo, práctica anticonceptiva, tasas de fecundidad y otras medidas del estado social/sanitario).

En este marco conceptual están implícitos circuitos de retroalimentación. Los resultados obtenidos en los indicadores del producto pueden requerir cambios en los insumos del programa; los resultados obtenidos de la adecuación de servicios pueden también requerir reexaminar las actividades emprendidas (procesos) en diferentes áreas funcionales.

Una consideración importante es la de que estos indicadores son de índole descriptiva. Cuando se recopilan en el curso del tiempo, proporcionan datos importantes sobre tendencias (por ejemplo, aumento en el número de puntos de entrega de servicios en funcionamiento, porcentaje del grupo objetivo expuesto a los mensajes de planificación familiar, número de Años Protección Pareja, nivel de prevalencia anticonceptiva, etc.). Sin embargo, no indican relaciones de causa. Incluso si la provisión de servicios está mejorando (medida por los indicadores del Manual) y la prevalencia anticonceptiva está aumentando paralelamente, no se puede concluir que el aumento en la prevalencia se debe a una mejoría en la entrega de los servicios, tomando como base datos descriptivos solamente. Existen metodologías para determinar relaciones de causa (tales como diseños experimentales y análisis longitudinales de nivel múltiple). Estas metodologías utilizan típicamente las clases de indicadores que se incluyen en el Manual como variables dependientes. Sin embargo, en ausencia de tales diseños o técnicas analíticas, estos indicadores no permiten solos una determinación de causa y efecto.

Al terminar esta revisión, de las clases de indicadores, es importante advertir que el presente Manual trata principalmente de indicadores objetivos en vez de subjetivos o cualitativos. Dentro de la comunidad de investigadores en las ciencias sociales, hay una conciencia creciente de la importancia de ambos tipos de información en la investigación aplicada y la evaluación. Los indicadores cualitativos son útiles principalmente en la evaluación de los procesos. Aunque el Manual incluye algunos indicadores subjetivos (por ejemplo, en la sección sobre la calidad de la atención); los evaluadores individuales harán bien en desarrollar por su cuenta este aspecto del enfoque de evaluación.

Datos necesarios

Los indicadores descritos en este Manual requieren fuentes múltiples de datos. El tipo de datos y la naturaleza de las instituciones responsables de generar estos datos se resumen en la Figura I-4. Entre estas instituciones figuran:

- oficinas e instituciones del gobierno
- organizaciones independientes (universidades, empresas de investigación, consultores de gerencia) y
- programas nacionales de planificación familiar.

A lo largo de una vida, un programa de planificación familiar bien puede utilizar la totalidad o la mayoría de las fuentes y clases de datos que se citan en la Figura I-4. Sin embargo, un ejercicio específico de evaluación utilizará más probablemente estas fuentes de datos, una a la vez. Por ejemplo, los especialistas de los países interesados en temas programáticos analizarían la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) para todos los indicadores relacionados con la planificación familiar (por ejemplo, demanda de servicios, alcance de la programación de I-E-C, uso de anticonceptivos, etc.).⁷ Los gerentes de programas interesados en supervisar la utilización de servicios podrían aprovechar cual quiera de los indicadores disponibles en el sistema de información de gestión del programa. Para que el lector no se sienta desalentado por el gran número de recuadros en la Figura I-4, conviene subrayar que éstos son la carta con todo el menú, y sólo unos cuantos de ellos serán seleccionados por una institución dada para un ejercicio concreto de evaluación.

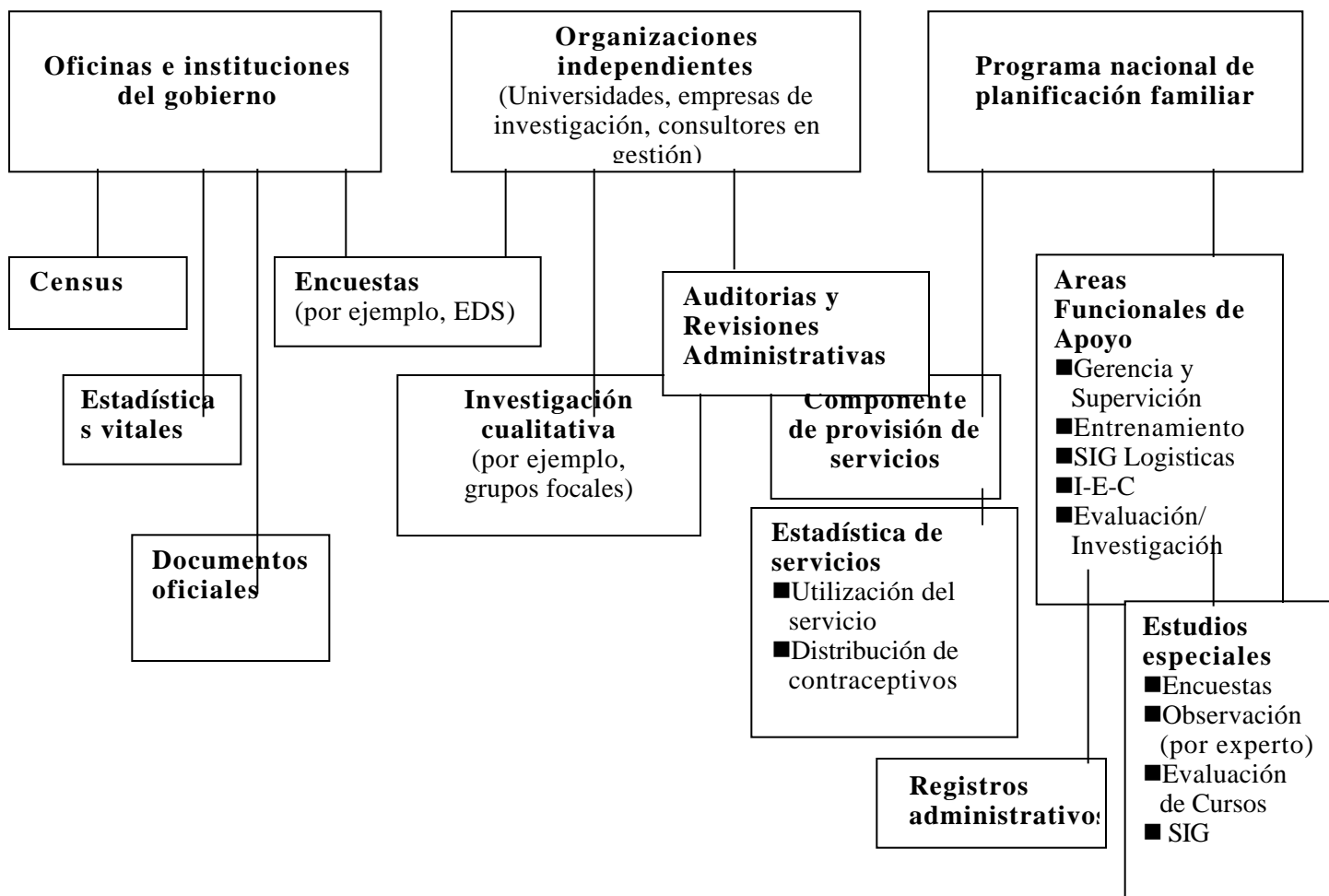
⁷ Muchos indicadores de este Manual se basan en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) o en

Los programas que operan con limitaciones presupuestarias (la gran mayoría) tienden a utilizar datos que pueden generarse con un costo mínimo (por ejemplo, datos estadísticos sobre servicios, registros administrativos) o datos existentes para los que el costo lo sufragan otros (por ejemplo, la EDS). Cuando las preguntas de evaluación no pueden contestarse con las fuentes de datos existentes (por ejemplo, evaluación de la calidad de la atención en un programa dado), se requieren estudios especiales.

encuestas nacionales **similares sobre fecundidad y salud reproductiva**. Para una descripción de la encuesta de tipo EDS, véase desde a Introducción hasta el Capítulo VIII.

Figura I-4

Fuentes y tipos de datos para la evaluación del programa de planificación familiar



En los capítulos II al IX, la descripción de los indicadores menciona la fuente o fuentes más comunes de datos para cada uno. Además, los indicadores que pueden obtenerse de diferentes fuentes de datos se resumen en el Apéndice A.8

Este Manual no incluye instrucciones sobre cómo recopilar los datos para cada indicador. Una referencia útil a este respecto la constituye el Capítulo VIII sobre "Recopilación de Datos" en *Mejoramiento de la Evaluación de la Planificación Familiar. Guía Paso por Paso para Gerentes y Evaluadores* (García-Núñez, 1992). Algunos de los temas también se tratan en textos estándar sobre recopilación de datos para investigación de las ciencias sociales. Para la recopilación de datos en un área especializada (por ejemplo, un sistema de información de gestión de productos y logística), puede ser útil consultar a los expertos en el área.

Puntuación de los indicadores

Los indicadores de este Manual incluyen mediciones dicótomas, ordinales y de intervalo. Las mediciones dicótomas constituyen generalmente indicadores que se calificarían con un "sí" o un "no" (por ejemplo, la existencia de una política formal de población). Las medidas ordinales incluyen indicadores para los que es apropiado una calificación del tipo excelente, bueno, regular o deficiente, pero no una nota o calificación numérica concreto (por ejemplo, indicadores de la calidad de la dirección del programa). Las mediciones continuas o de intervalo incluyen tasas, porcentajes, puntuaciones en pruebas de conocimiento, etc. (la relación entre los gastos de planificación familiar del sector público y el PIB).

Sería beneficioso para el campo de la evaluación de la planificación familiar formular indicadores normalizados, en particular con respecto a los componentes del ambiente de la oferta de planificación familiar (es decir, el ambiente normativo, las operaciones de provisión de servicios y la producción de servicios). Esto permitiría una evaluación del progreso en estas esferas para un determinado país en el curso del tiempo y, posiblemente, comparaciones entre los países. Aunque hay limitaciones en dicha normalización, el modelo formulado por Lapham y Mauldin en forma de la Puntuación del Esfuerzo de los Programas de Planificación Familiar ilustra la utilidad de dichos índices (Lapham y Mauldin, 1985).

Hay varios proyectos en ejecución para desarrollar mecanismos de puntuación. El "Population Council" está en vías de formular normas de puntuación para utilizarlas con la técnica de Análisis de Situación (Mensch y Jain, 1991). El Grupo de Trabajo de Suministros y Aspectos Logísticos de Proyecto EVALUACION ha elaborado un índice sobre el "estado del sistema de logística y suministros" que incorpora numerosas mediciones ordinales que producen colectivamente una puntuación cuantitativa (véase el Capítulo III).

8 La fuente principal de datos para los indicadores basados en la población es la encuesta EDS. Se ha elaborado un nuevo paquete de programas interactivos, "EASEVAL", en el marco del Proyecto EVALUACION conjuntamente con el personal de la EDS, con el fin de facilitar el uso de los datos de la EDS provenientes de archivos de recodificación. Este paquete está disponible en la actualidad para su utilización con los archivos EDS I; estará disponible para utilización con EDS II una vez que se hayan publicado los archivos estandarizados para la EDS II. El menú de este programa permite al usuario seleccionar "INDICADORES", y proporciona una lista completa de los indicadores descritos en este Manual que se pueden obtener de la encuesta EDS. En el Apéndice A, todos los indicadores disponibles provenientes del paquete de programas interactivos EDS están marcados por un número super-escrito para resaltar el vínculo entre este Manual de Indicadores y el paquete EASEVAL.

Por ahora, la elaboración de indicadores normalizados para medir diferentes aspectos del entorno de la oferta de planificación familiar es una meta más que una realidad. La elaboración de dichos índices lleva tiempo; además, los indicadores que se incluirán en los índices han de someterse a prueba en situaciones de campo a fin de determinar la factibilidad y validez de este enfoque. Por esta razón, esta edición del Manual no incluye normas de puntuación que se utilicen en relación con los indicadores. Sin embargo, este tema se volverá a tratar en la segunda edición del Manual.

Animamos a cual quiera de los colegas que trabajen en la formulación de dichas normas de puntuación o índices normalizados en aplicaciones de campo concretas a que nos proporcionen información de sus experiencias o recomendaciones de enfoques útiles para esta tarea.

Actualización prevista de este Manual

El Proyecto EVALUACION comenzó en octubre de 1991 y continuará hasta septiembre de 1996, inclusive. Este documento constituye la primera edición de este Manual que ha sido elaborado a principios del proyecto en un esfuerzo por obtener uniformidad en los indicadores y en las definiciones utilizadas con las actividades del proyecto.

Sin embargo, puesto que los indicadores que se presentan en este Manual están sujetos a pruebas empíricas adicionales, será útil actualizar este documento. Además, se prevé que, a medida que los grupos de trabajo se reúnen bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION para tratar temas adicionales (información-educación-comunicación y evaluación), surgirán nuevos indicadores. En consecuencia, actualmente se prevé que el Manual se actualice en 1995 (cuarto año del proyecto). Se anima a los usuarios de esta edición a que se pongan en contacto con el personal del proyecto para darles sus comentarios y sugerencias de modificaciones útiles en la segunda edición.

Con estos antecedentes, seguimos adelante con la definición de los indicadores comúnmente utilizados en la evaluación de los programas internacionales de planificación familiar.

Capítulo II

Entorno político

- Existencia de un plan de formulación de la política
- Número de análisis normativos debidamente disseminados
- Número de eventos de toma de conciencia dirigidos a líderes
- Existencia de un plan estratégico para ampliar el programa nacional de planificación familiar
- Integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo
- Número de declaraciones de dirigentes en apoyo de la planificación familiar
- Política oficial de población que incluye la fecundidad y la planificación familiar
- Coordinación nacional de la planificación familiar
- Nivel del programa de planificación familiar dentro de la administración del gobierno
- Magnitud de los impuestos a la importación de anticonceptivos y otros impuestos
- Restricciones sobre la promoción de los anticonceptivos a través de los medios de información
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los proveedores
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los usuarios
- Recursos del sector público dedicados a la planificación familiar como porcentaje del PIB
- Calidad de la dirección del programa
- Grado de participación del sector comercial

INDICADORES PARA MEDIR EL ENTORNO POLITICO

El **entorno político** de los programas de planificación familiar se define como los factores que inciden en el desempeño de los programas y que trascienden del control completo de los gerentes de los programas nacionales. Además del **apoyo político** y otras expresiones de las **políticas gubernamentales** (por ejemplo, la política nacional de población), el entorno normativo incluye los aspectos de la **política operativa** que entrañan decisiones a un nivel más alto que el programa (es decir, la estructura orgánica del programa, su entorno jurídico/reglamentario, los recursos puestos a su disposición y su utilización de pagos y tarifas a los proveedores y aceptantes).

La Figura II-1 proporciona un marco conceptual para evaluar el área normativa. El marco está organizado de acuerdo con el esquema estándar de insumo-proceso-resultado-impacto e ilustra las actividades normativas de un período único como parte de un circuito continuo de retroalimentación. El entorno político es el resultado del proceso normativo. Incide directamente en las distintas áreas funcionales de los programas de planificación familiar (por ejemplo, I-E-C, capacitación, suministros y aspectos logísticos, gestión), institucionalización, autosuficiencia y demanda de planificación familiar.¹ El presente capítulo expone una serie de indicadores de procesos y resultados para el área normativa.

Los insumos que entran en el proceso de desarrollo normativo son, entre otros, los siguientes:

- el entorno externo;
- los insumos normativos internos; y
- los insumos de los donadores.

El entorno externo incluye el sistema político-administrativo de un país (SPA), sus características socioeconómicas, su entorno socio-cultural y su código de familia. Los insumos normativos internos incluyen los datos disponibles, la investigación existente, los recursos de personal de las unidades programáticas, el equipo (por ejemplo, computadoras, equipo audio-visual), y financiación doméstica.

Los insumos internos se amplifican en el curso del tiempo en el grado en que la institucionalización de la capacidad de formulación de la política es un efecto de la labor normativa (aunque la Figura II-1, como esquema para un período único, no muestra explícitamente el efecto de la institucionalización en un período en los niveles de insumos normativos internos en el período siguiente). Los insumos de los donadores en la formulación de la política son, entre otros, conocimientos técnicos especializados, equipo, fondos, investigación internacional, diálogo normativo, asistencia no relacionada con el proyecto y condiciones de los préstamos y donaciones. Aunque en el presente capítulo no se incluyen indicadores de insumos, cualquier evaluación de las actividades de formulación de la política deberá confirmar el hecho de que los insumos requeridos se han entregado según se planificó.

El entorno político se modifica en el curso del tiempo mediante la ejecución planificada de las actividades normativas (es decir, el proceso de planificación y formulación de las políticas). La planificación de la formulación de políticas se basa en una evaluación del ambiente normativo actual en relación con las necesidades del programa y de los insumos disponibles para una ulterior formulación de políticas. Muchas actividades de formulación de políticas, o intervenciones normativas, tienen por fin fortalecer el apoyo político o establecer una política nacional eficaz en apoyo de los programas de planificación familiar.

¹ Una descripción completa de los vínculos descritos en la Figura II-1 puede hallarse en Knowles, Bollen y Yount (1993).

Entorno normativo

Sin embargo, en forma creciente, a medida que aumenta el apoyo a la planificación familiar al nivel nacional, las intervenciones normativas se orientan a fortalecer el entorno normativo operativo. En este capítulo se presentan cinco indicadores del proceso de planificación de la política y formulación de la política:

Planificación de la política

Existencia de un plan de formulación de la política

Formulación de la política

- Número de análisis normativos debidamente diseminados
- Número de eventos de toma de conciencia dirigidos a líderes
- Existencia de un plan estratégico para ampliar el programa nacional de planificación familiar
- Integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo

Tal como se muestra en la Figura II-1, el entorno externo (directamente), otros insumos normativos (indirectamente) y el proceso de formulación de la política determinan el ambiente normativo de un programa nacional de planificación familiar.² Las dimensiones del entorno normativo del programa, que es el resultado del proceso de formulación de la política, incluyen lo siguiente:

- apoyo político;
- política nacional; y
- política operativa.

El apoyo político, al nivel nacional, regional y local, desempeña un papel central en el entorno normativo de un programa, ya que es un determinante importante de las otras dimensiones del entorno normativo. El apoyo político puede ser explícito e implícito. *Las declaraciones de funcionarios de alto nivel del gobierno y otros dirigentes en apoyo de la planificación familiar* constituyen un indicador comúnmente utilizado del apoyo político explícito. El apoyo político implícito se determina más a menudo por lo que el gobierno hace en realidad en las áreas de la política nacional y operativa.

² Aun cuando el entorno externo trasciende, en la mayoría de los casos, del control de un programa de planificación familiar y sus dirigentes, es importante tener presente el papel dominante que éste puede desempeñar en influir en el entorno político. Quizás en mayor medida que con otras áreas funcionales de un programa de planificación familiar, pueden llevarse a cabo todas las actividades apropiadas para producir un entorno normativo favorable, pero el producto puede no obtenerse debido a acontecimientos desfavorables en entorno normativo externo.

La política nacional incluye tanto declaraciones de política formales (por ejemplo, políticas nacionales de población, planes nacionales de desarrollo) como incentivos fiscales y otros incentivos materiales destinados a afectar a las decisiones de fecundidad de los padres.³ La política operativa consiste en cuatro subdimensiones que están directamente relacionadas con la operación de los programas nacionales de planificación familiar:

- *estructura y procesos orgánicos*: la condición de un programa de planificación familiar en el seno de la estructura administrativa de un gobierno y su capacidad para movilizar los recursos de otras instituciones públicas y privadas;
- *el entorno legal y reglamentario*: los impuestos y otras restricciones que inciden en la oferta de anticonceptivos, en particular del sector privado, y las barreras médicas que se interponen en la provisión de servicios de planificación familiar;
- *la provisión de recursos*: los recursos financieros, materiales y humanos requeridos por los programas de planificación familiar; y
- *los precios*: las tarifas aplicados a los clientes (recuperación de los costos) y los pagos efectuados a los proveedores y aceptantes (incentivos).⁴

En este capítulo se presentan once indicadores de producción que se refieren al entorno político del programa:

Apoyo político

- Número de declaraciones de los dirigentes en apoyo de la planificación familiar

Política nacional

- Política formal de población que aborda las cuestiones de fecundidad y planificación familiar

Estructura y procesos orgánicos

³ Los incentivos de política nacional se limitan a aquéllos expresamente concebidos con miras a afectar a la fecundidad y a la dimensión de la familia pero que no están vinculados directamente con el uso de anticonceptivos. Los incentivos relacionados con uso real de anticonceptivos (por ejemplo, los incentivos del proveedor y del aceptante) se consideran en este marco como parte de la política operativa. La ley familiar que aspira a promover otras metas sociales pero que tiene efectos secundarios en la fecundidad (por ejemplo, la edad legal mínima al matrimonio, la ley patrimonial) se considera como parte del entorno externo.

⁴ Aun cuando el uso de incentivos es a menudo indicio de un sólido apoyo político a la planificación familiar, es también controvertido, especialmente cuando parece promover el uso de ciertos métodos (por ejemplo, la esterilización) o cuando entraña coacción. Los incentivos son menos controvertidos cuando se utilizan para superar barreras que se interponen al uso de la planificación familiar (por ejemplo, reembolsar los costos de viaje del cliente o mejorar el desempeño del proveedor). Sin embargo, hacer una distinción entre estos casos es a menudo difícil en la práctica. Este capítulo no propone ningún indicador que **se refiera a incentivos para uso generalizado**.

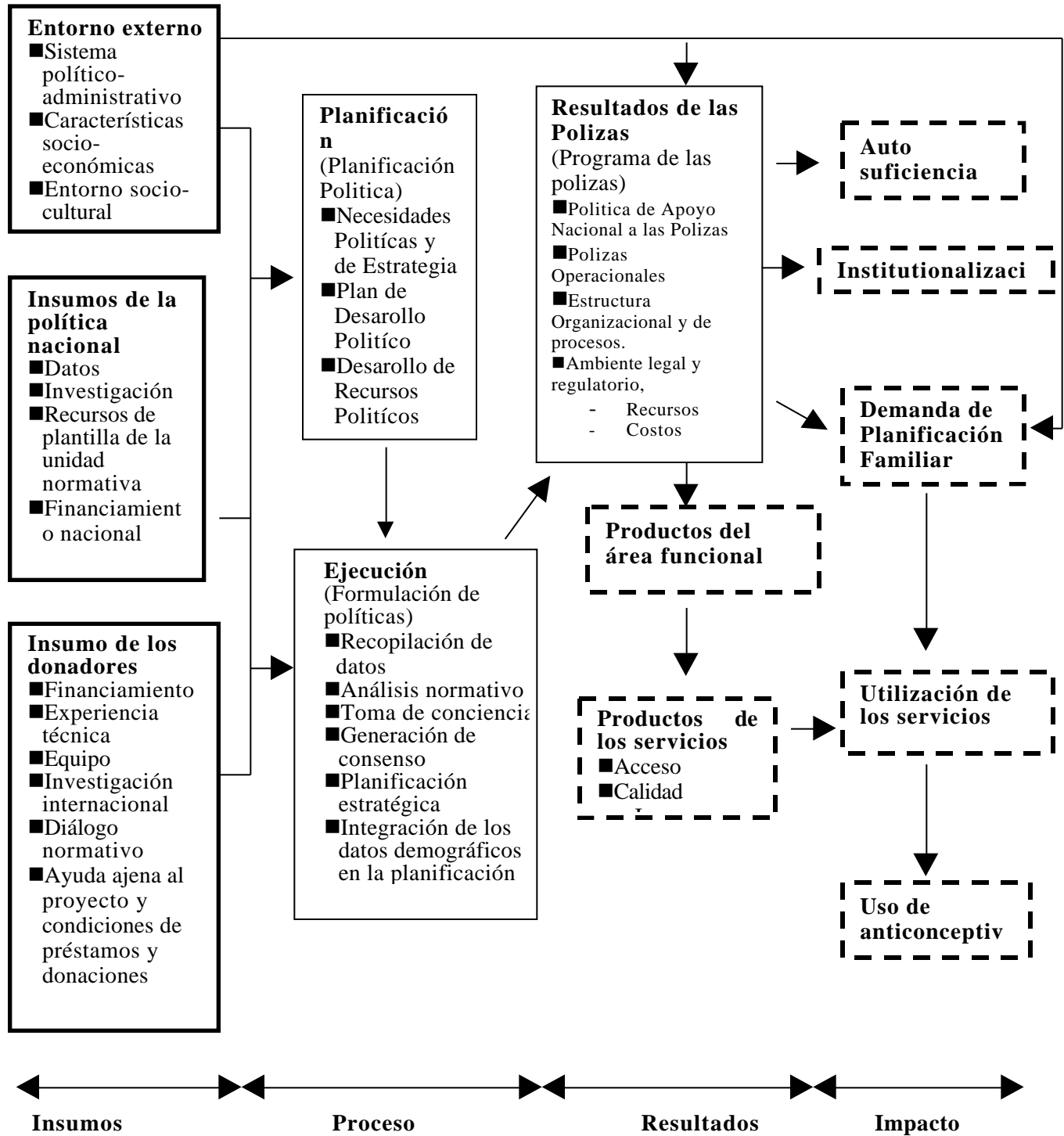
Entorno normativo

(Política operativa)

- Coordinación del programa nacional de planificación familiar
- Nivel del programa de planificación familiar en el seno de la administración gubernamental

Figura II-1

Marco conceptual para la evaluación de la política



Entorno normativo

Ambiente jurídico/reglamentario

(Política operativa)

- Magnitud de los impuestos a la importación de anticonceptivos y otros impuestos
- Restricciones sobre la promoción de anticonceptivos en los medios de información
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los proveedores
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los usuarios

Recursos

(Política operativa)

- Recursos del sector público dedicados a la planificación familiar como porcentaje del PIB
- Calidad de la dirección del programa
- Grado de participación del sector comercial

De acuerdo con la Figura II-1, las mejoras en el entorno político del programa deberían conducir a una provisión de servicios más sólida (acceso, calidad, imagen), a una mayor utilización de los servicios y uso de los anticonceptivos, así como a una mayor institucionalización y autosuficiencia de los programas. Tal como se indicó arriba, la institucionalización también incide en los niveles de insumos normativos internos en el período siguiente (circuito retroalimentador). Por tanto, en el lado de la oferta, el ambiente normativo contribuye directamente al mejoramiento de la provisión de servicios a corto plazo y a una mayor sustentabilidad del programa a largo plazo. En el lado de la demanda, tanto el apoyo político como las dimensiones normativas nacionales del entorno normativo del programa (por ejemplo, declaraciones de los dirigentes, incentivos) afectan a la demanda de planificación familiar.

Cabe advertir que muchos de los indicadores normativos propuestos en el Manual tienen equivalentes (o similares) entre las medidas del Esfuerzo de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross que actualmente pueden obtenerse para 98 países para 1982 y 1989 (Lapham y Mauldin, 1985; Ross et al. 1988, 1992). Estos datos pueden servir de referencia valiosa para las actividades de formulación de la política. Las relaciones, si las hubiera, entre los indicadores propuestos aquí y los indicadores correspondientes de Lapham/Mauldin/Ross se analizan a continuación en las descripciones de los indicadores individuales.

Indicador

EXISTENCIA DE UN PLAN DE FORMULACION DE LA POLITICA

Definición

Este es un indicador cualitativo (sí/no). Se asigna un valor de "sí" cuando existe un plan de formulación de la política al nivel nacional que: (1) evalúa el actual entorno normativo para la planificación familiar; (2) identifica y proporciona una estrategia para eliminar obstáculos normativos importantes; (3) asigna la responsabilidad de las actividades de formulación de la política identificadas en la estrategia; y (4) proporciona un presupuesto adecuado para asegurar la ejecución de la estrategia.

Datos necesarios

El plan de ejecución de la política, que puede ser parte de un documento mayor de planificación.

Fuente o fuentes de datos

La unidad dentro del programa nacional de población que está a cargo de la formulación de la política.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del proceso de las actividades de planificación de la política mide el progreso realizado en la formulación de un plan que considere la formulación de la política como un proceso sistemático destinado a alcanzar determinados objetivos normativos. En ausencia de dicho plan, las actividades de formulación de la política pueden ser fortuitas en su finalidad, estar eficientemente ordenadas en secuencia y no concentrarse en los grupos destinatarios apropiados.

Deberá elaborarse un plan de formulación de la política para todos los programas y éste deberá realizarse en el curso del tiempo de forma que refleje los cambios en el entorno normativo o en las estrategias y necesidades programáticas. En algunos casos, un plan de formulación de la política puede exigir la formulación de una política formal, si no existe ya una. Si existe una política formal, es especialmente importante que el plan contenga provisiones para su ejecución.

Entorno normativo

Indicador

NUMERO DE ANALISIS NORMATIVOS DEBIDAMENTE DISEMINADOS

Definición

Los análisis normativos se diseñan de forma que proporcionen información tal que quienes basen la políticas se animen a mejorar uno o más aspectos del entorno normativo de los programas de planificación familiar. Entre los ejemplos de posibles análisis figuran: (1) análisis del impacto del rápido crecimiento de la población en el desarrollo (por ejemplo, análisis RAPID5); (2) análisis de la demanda de servicios de planificación familiar; (3) análisis de segmentación del mercado; (4) análisis de las leyes y reglamentarios; (5) análisis de costos de las distintas metas; (6) análisis de costos y beneficios; y (7) análisis de costo-efecto. "Debidamente diseminados" significa que cada análisis está concebido de forma que elimine un importante obstáculo normativo y está dirigido a un grupo apropiado y que sus resultados se han divulgado a través de un cauce y formato apropiados para ese grupo objetivo. "Número" se refiere a un período dado (por ejemplo, un año).

Datos necesarios

La descripción de cada análisis normativo, incluidos los objetivos de los políticos, el grupo destinatario y la descripción de la forma en que se divulgó realmente el estudio concluido.

Fuente o fuentes de datos

Los registros administrativos de las organizaciones que llevan a cabo los estudios.

Finalidad y cuestiones

La finalidad de este indicador de proceso consiste en proporcionar una medida cuantitativa de una clase de actividad emprendida como parte del proceso de formulación de la política.

Esta es una medida sencilla de actividad y no refleja en forma alguna la calidad de la actividad ni su efecto sobre el resultado normativo. Es útil en el grado en que crea un sentido de responsabilidad entre los funcionarios responsables de estas actividades.

Cabe distinguir entre este indicador y el indicador siguiente (*Número de eventos de toma de conciencia dirigidos a líderes*). El presente indicador está concebido para reflejar el número de estudios técnicos elaborados y divulgados, mientras que el indicador siguiente se ha diseñado de forma que refleje el número de eventos. Una actividad única de formulación de la política (por ejemplo, un subproyecto RAPID) puede reflejarse en ambos indicadores si se elaboró un análisis que luego se divulgó a través de cierto número de eventos de toma de conciencia. Por el contrario, los resultados de los estudios pueden divulgarse a través de otros cauces; y los eventos de toma de conciencia pueden no entrañar estudios (por ejemplo, conferencias).

5 RAPID es la sigla del proyecto financiado por la USAID titulado Resources for the Awareness of Population in Development (Recursos para la Percepción de la Población sobre el Desarrollo), que realiza presentaciones computarizadas para autoridades responsables acerca de las repercusiones sobre el desarrollo de una menor fecundidad y de energéticos programas de planificación familiar.

Indicador

**NUMERO DE EVENTOS DE TOMA DE CONCIENCIA
DIRIGIDOS A LÍDERES**

Definición

"Eventos" puede incluir conferencias, talleres, presentaciones, ferias, campañas a través de los medios de información y viaje de observación⁶ concebidos para elevar el conocimiento de quienes toman decisiones en el sector de la salud y otros sectores acerca de los temas de planificación familiar y población y promover la toma de conciencia en torno a dichos temas. "Número" se refiere a un período dado (por ejemplo, un año).

Datos necesarios

Número de eventos, incluidos por clase de actividad, números y cargos/responsabilidades oficiales de las personas que asisten o participan.

Fuente o fuentes de datos

Registros administrativos de quienes organizan las actividades.

Finalidad y cuestiones

La finalidad de este indicador consiste en proporcionar una medida cuantitativa de una intervención normativa comúnmente utilizada. El indicador propuesto es una simple medida de actividad y no refleja en forma alguna la calidad de la actividad y su impacto en el producto normativo. Es útil en el grado en que crea un sentido de responsabilidad entre los funcionarios responsables de estas actividades.

⁶ El viaje de observación se refiere a los viajes que se organizan para funcionarios del gobierno y otras personas que ocupan cargos clave con el fin de que visiten y observen programas eficaces de planificación familiar/población en otros países en desarrollo (por lo general en la misma región). De igual forma, el objetivo puede consistir en observar actividades tendientes a mejorar el entorno normativo, tales como las etapas que componen la formulación de política formal de población.

Entorno normativo

Indicador

EXISTENCIA DE UN PLAN ESTRATEGICO PARA AMPLIAR EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Este es un indicador cualitativo (sí/no). Se asigna un valor de "sí" si existe un plan de largo plazo al nivel nacional que: (1) define los objetivos del programa nacional de planificación familiar a través de un período de cinco a 10 años, incluidas las metas cuantitativas; (2) define una estrategia clara para alcanzar estos objetivos; (3) establece una estructura orgánica para el programa que concuerda con la estrategia, abarcando a los sectores tanto público como privado; y (4) proyecta los recursos (materiales, humanos y financieros) que se requieren para ejecutar la estrategia, y establece un plan para su consecución.

Datos necesarios

Un plan aprobado de largo plazo para el programa nacional de planificación familiar.

Fuente o fuentes de datos

La organización gubernamental a cargo de coordinar el programa nacional de planificación familiar.

Finalidad y cuestiones

Este es un indicador de proceso de una actividad importante en la formulación de la política. Su finalidad consiste en medir el hecho de si un programa nacional de planificación familiar ha adquirido una clara visión de su misión y objetivo y de la estrategia para su consecución. La planificación estratégica al nivel nacional requiere la participación de una serie de ministerios del gobierno, entre ellos es típico que figuren los de salud, finanzas, planificación, información, educación e interior, así como grupos privados importantes (comerciales y ONG, organizaciones religiosas, grupos femeninos).

Un plan estratégico al nivel nacional debería abordar cuestiones tales como: (1) hincapié que se hará en la *creación de demanda* frente a la provisión de servicios públicos; (2) la idoneidad de la combinación actual de anticonceptivos; (3) las funciones respectivas de los sectores público, ONG y comercial; (4) la forma en que se financiará el programa; y (5) el papel de los distintos ministerios en la realización del plan.

La planificación estratégica al nivel nacional deberá ir acompañada paralelamente de una planificación análoga al nivel de cada institución que forma parte del programa. Sin embargo, mientras que la planificación estratégica al nivel institucional es parte de una buena gestión, al nivel nacional, la planificación estratégica es un ejercicio de política que entraña la participación de todos los actores importantes.

Indicador

**INTEGRACION DE LOS DATOS DEMOGRAFICOS
EN LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO**

Definición

Este es un indicador cualitativo (sí o no). Se asigna un valor de "sí" si existen planes de largo plazo, tanto para la economía en su conjunto como para sectores individuales (por ejemplo, salud, educación, alimentación, vivienda, agua, medio ambiente) en los que se muestren claramente la forma en que el crecimiento de la población influye en el logro de los objetivos de desarrollo.

Datos necesarios

Planes quinquenales de desarrollo; planes que abarcan un período más largo (por ejemplo, 10 años); planes de sectores.

Fuente o fuentes de datos

Ministerio de planificación; Consejo Nacional de Población (u órgano coordinador de la política de población equivalente); ministerios relacionados (por ejemplo, salud, educación, agricultura, vivienda, agua, medio ambiente).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide el grado en que los planificadores del gobierno y otros profesionales de nivel medio comprenden la dinámica de población y sus efectos sobre el desarrollo y han incorporado esta comprensión en sus planes. Tanto la USAID como el UNFPA han proporcionado ayuda en años recientes a las unidades de planificación de la población para promover la integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo. Este indicador del proceso trata de medir el grado de éxito experimentado por este tipo de intervención normativa.

Una mayor integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo fue una de las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Población de 1974 celebrada en Bucarest. Los donadores han coadyuvado a esta actividad en muchos países en la esperanza de que los planificadores se conviertan en fuertes defensores de la reducción de la fecundidad y de la planificación familiar. Aunque este alineamiento de los planificadores ha ocurrido sin duda en algunos países, existen pocas pruebas sistemáticas de que esto haya conducido a un apoyo político más fuerte para la planificación familiar. Sin embargo, dicho resultado no sorprende, dado que la principal preocupación de los planificadores es una mejor planificación, no una reducción de la fecundidad o la planificación familiar.

Entorno normativo

Indicador

NUMERO DE DECLARACIONES DE DIRIGENTES EN APOYO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Las "declaraciones" pueden efectuarse en discursos públicos o aparecer en forma escrita en comunicaciones/documentos oficiales (por ejemplo, planes nacionales de desarrollo). La palabra "dirigentes" se refiere principalmente a funcionarios gubernamentales de alto nivel responsables de dirigir el país, establecer sus leyes y asignar sus fondos públicos a diferentes sectores. Sin embargo, también se puede aplicar a otros tipos de dirigentes (por ejemplo, religiosos, médicos) que, por cualquier razón, hablan con autoridad acerca de la población y la planificación familiar. El "número" se refiere a un período dado (por ejemplo, un año).

Datos necesarios

Evidencias de dichas declaraciones, incluidas las fechas y fuentes, cargos y responsabilidades de la persona que las efectúa, grupo destinatario y medios de información empleados.

Fuente o fuentes de datos

Textos (o videocintas) de discursos oficiales, artículos de prensa, comunicados del gobierno, documentos oficiales y otras expresiones públicas.

Finalidad y cuestiones

La finalidad de este indicador es la de medir el grado de apoyo político explícito para la planificación familiar por parte de los funcionarios gubernamentales clave y otros dirigentes.

Muchos considerarían que este indicador es bastante "blando" puesto que es difícil cuantificarlo e interpretarlo. Incluso si podemos seguir asiduamente todos los discursos y documentos oficiales de numerosos ejecutivos de alto nivel, no está clara la forma en que se pueden evaluar dichas declaraciones. Por ejemplo, ¿cuántas de dichas declaraciones son "suficientes"? ¿Una al año? ¿Una al mes? Además, una sola declaración del presidente del país pudiera tener más peso que cien declaraciones de funcionarios de nivel más bajo. Sin embargo, este indicador se incluye debido a que puede ser uno de los pocos medios disponibles para determinar el progreso en las etapas iniciales de la labor normativa. Además, dichas declaraciones pueden constituir las primeras señales de un cambio inminente en la postura del gobierno sobre la planificación familiar.

El impacto de dichas declaraciones normativas es mayor si continúan en el curso del tiempo y si dirigentes sucesivos contraen el mismo compromiso hacia la planificación familiar. Si, por el contrario, dirigentes sucesivos vacilan entre un fuerte apoyo y un apoyo débil o nulo, el impacto normativo de dichas declaraciones puede ser mínimo.

Este indicador es análogo a la medida de la Iniciativa de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Declaraciones favorables de dirigentes*: "El hecho de si el jefe de gobierno habla pública y favorablemente acerca de la planificación familiar al menos una vez o dos veces por año y si otros altos funcionarios también hacen lo mismo".

Indicador

POLITICA OFICIAL DE POBLACION QUE INCLUYE LA FECUNDIDAD Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Este es un indicador cualitativo (sí/no). Se asigna un valor de "sí" si se ha adoptado, divulgado y ejecutado oficialmente una política formal de población que aborda el problema o problemas de la elevada fecundidad o de embarazos muy seguidos y que aprueba la planificación familiar como paso importante para resolver dichos problemas. Una política oficial de población, que puede ser un documento escrito o parte de un documento más amplio, es una declaración oficial del gobierno que establece objetivos y (en algunos casos) metas para el sector de población e incluye una estrategia para su consecución.

Datos necesarios

El texto de cualquier política oficial; evidencias de aceptación oficial de la política; referencias a la política nacional de población en discursos de funcionarios de alto nivel; informes de divulgación y ejecución de la política.

Fuente o fuentes de datos

Leyes públicas y documentos oficiales del gobierno; artículos de prensa, comunicados del gobierno, otras expresiones públicas; organización responsable de ejecutar la política.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado es una medida del grado en el que la política nacional apoya el descenso en la fecundidad y la planificación familiar.

La adopción de una política formal de población es considerada a menudo como un resultado clave en el área normativa. Sin embargo, hay que tener presente que lo que cuenta más es su divulgación y ejecución. También cabe advertir que muchos programas acertados de planificación familiar se han realizado sin una política oficial.

Una política formal elaborada partiendo de la iniciativa nacional, en vez de una iniciativa o de presión externa, tiene más posibilidades de divulgarse ampliamente y ejecutarse y, por tanto, de lograr un efecto significativo. El efecto normativo de dicha declaración formal también dependerá de cuánto hincapié hace el documento en la planificación familiar y de si establece metas cuantitativas para el uso de anticonceptivos.

Este indicador es similar a la medida de la Iniciativa de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Política o posición oficial del gobierno en relación con la fecundidad, planificación familiar y tasas de crecimiento de la población*: "Existencia y clase de política oficial para reducir la tasa de crecimiento de la población, apoyar las actividades de planificación familiar en ausencia de actividad patrocinada por el gobierno o desalentar los servicios de planificación familiar". La División de Población de las Naciones Unidas también ha realizado siete encuestas periódicas de países miembros desde 1977 acerca de sus políticas y posiciones oficiales sobre crecimiento de la población, niveles de fecundidad y planificación familiar. Estos datos también sirven de valiosa fuente de referencia para la evaluación de las actividades de formulación de la política en cada uno de los países.

Entorno normativo

Indicador

COORDINACION NACIONAL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Este es un indicador cualitativo (sí/no). Se asigna un valor de "sí" si hay un órgano en funcionamiento (es decir, un órgano que se reúne al menos una vez cada año), el cual establece la política para la planificación familiar y coordina la provisión de servicios de planificación familiar del sector tanto público como privado. Ejemplos de estos órganos son los consejos nacionales de población y las juntas nacionales de planificación familiar. Es típico que la afiliación del sector público en dichos órganos se efectúe al nivel de ministro o de vice ministro, y con frecuencia su presidente es el primer ministro o ministro de planificación. Es típico que la afiliación del sector privado incluya a representantes de distintas organizaciones voluntarias privadas, organizaciones de proveedores médicos del sector privado y grupos religiosos. Con frecuencia, existe una secretaría permanente junto con un grupo de trabajo interministerial compuesto de tecnócratas de alto nivel procedentes de ministerios clave.

Datos necesarios

Estatutos de creación de tales órganos (por ejemplo, políticas nacionales de población); actas e informes de reuniones; informes de cualquier secretaría establecida para proporcionar servicios de apoyo a dicho órgano coordinador.

Fuente o fuentes de datos

Códigos jurídicos; decretos administrativos; texto de las políticas nacionales de población; ministerio u organización de vivienda; secretaría del órgano nacional coordinador.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado tiene por fin medir si existe una coordinación eficaz en el programa nacional de planificación familiar entre distintos ministerios (por ejemplo, salud, educación, planificación) y entre las organizaciones del sector público y privado que proporcionan servicios de planificación familiar. Es una medida de la estructura orgánica (política operativa) del entorno normativo del programa.

Es importante reconocer que algunos países tienen órganos coordinadores nominales que o bien no se reúnen (o se reúnen raras veces) o que desempeñan sólo un papel marginal. En tales casos, este indicador debería darse como valor "nulo". También debería darse un valor "nulo" en los casos en los que existe un órgano en funcionamiento pero que trabaja contra el programa de planificación familiar en vez de apoyarlo.

Finalmente, cabe advertir que cierto número de países tienen programas nacionales bien coordinados, incluso sin un órgano coordinador formal. La existencia de un órgano coordinador formal interministerial no es, por tanto, una condición necesaria para un fuerte entorno normativo.

Indicador

**NIVEL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
DENTRO DE LA ADMINISTRACION DEL GOBIERNO**

Definición

Este indicador mide el nivel jerárquico del director del programa de planificación familiar en la administración del gobierno (es decir, el número de niveles administrativos desde el jefe de estado al que da cuenta el director del programa).

Datos necesarios

Cuadros orgánicos (organigramas) del gobierno.

Fuente o fuentes de datos

Ministerio en el que está ubicado el programa de planificación familiar.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado mide la solidez orgánica del programa de planificación familiar dentro de la administración del gobierno. Es una medida de la dimensión de la estructura orgánica (política operativa) del entorno normativo del programa. Este indicador es análogo a la medida de la Iniciativa de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Nivel de dirección del programa de planificación familiar*: "Nivel del cargo (persona designada) para dirigir el programa nacional de planificación familiar del gobierno y el hecho de si el director del programa rinde cuentas o no al nivel más alto de gobierno".

Entorno normativo

Indicador

MAGNITUD DE LOS IMPUESTOS A LA IMPORTACION DE ANTICONCEPTIVOS Y OTROS IMPUESTOS

Definición

Este indicador se define como el porcentaje del precio al por menor de los anticonceptivos que es atribuible a los derechos de importación y otros impuestos, bien se produzcan localmente (por ejemplo, derechos de importación sobre la materia prima importada, impuestos de valor añadido) o importados directamente.

Datos necesarios

Datos sobre derechos de importación y tasas de impuestos nacionales.

Fuente o fuentes de datos

Códigos fiscales del gobierno y procedimientos aduaneros.

Finalidad y cuestiones

La finalidad de este indicador del resultado consiste en medir el grado en el que distintos impuestos afectan al precio al por menor de los anticonceptivos. Es una medida de las barreras económicas (política operativa) que se interponen a la oferta de anticonceptivos del sector comercial.

Cabe advertir que el efecto percentil sobre los precios al por menor de los impuestos cobrados sobre los costos del productor puede aumentar notablemente si se aplican a estos impuestos márgenes al por mayor y al por menor. Por ejemplo, si los impuestos del productor por cada ciclo de anticonceptivos orales aumentan los precios del productor de \$0,20 a \$0,40 por ciclo y si el precio al por menor de \$1,00 se determina añadiendo un margen fijo de 150 por ciento al precio del productor (después del impuesto, \$0,40 en este ejemplo), el indicador arriba citado debería recibir un valor del 50 por ciento en vez del 20 por ciento (puesto que el efecto del impuesto es el doble del precio al por menor).

Este indicador guarda relación con la medida del Esfuerzo de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Leyes de importación y reglamentos legales relativas a los anticonceptivos*: "Grado en el que las leyes de importación y los reglamentos legales facilitan la importación de suministros anticonceptivos que no son fabricados localmente o el grado en el que los anticonceptivos se fabrican dentro del país".

Indicador

**RESTRICCIONES SOBRE LA PROMOCION DE LOS
ANTICONCEPTIVOS A TRAVES DE LOS MEDIOS DE INFORMACION**

Definición

Este indicador es cualitativo, con cuatro niveles: (1) sin restricciones; (2) la promoción a nivel de marcas sólo se permite para los productos que no necesitan receta (por ejemplo, promoción genérica de anticonceptivos orales permitida pero no se permite la promoción de marcas específicas); (3) no se permite promoción para los productos recetables; y (4) no se permite promoción de ningún anticonceptivo.

Datos necesarios

Reglamentos y restricciones sobre la promoción a través de los medios de información.

Fuente o fuentes de datos

Ministerio de Información, informes de los proyectos de mercadeo social y otros proyectos que trabajan con el sector comercial.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado es una medida de las barreras legales y reglamentarias (política operativa) que se interponen a la oferta de anticonceptivos, en particular del sector comercial (es decir, la incapacidad de promover anticonceptivos limita la demanda posible del mercado, disuadiendo la entrada en el mercado del sector comercial).

Este indicador es análogo a la medida del Esfuerzo de Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Promoción de Anticonceptivos Permitida en los Medios de Información*: "Si la promoción de los anticonceptivos a través de los medios de información se permite sin restricciones, si existen restricciones débiles, si existen restricciones sociales o si existen fuertes restricciones".

Entorno normativo

Indicador

AUSENCIA DE RESTRICCIONES ARBITRARIAS SOBRE LOS PROVEEDORES

Definición

Este indicador tiene un valor máximo de cinco puntos. Se da un punto por cada una de las condiciones siguientes: (1) se permite a personal paramédico debidamente cualificado y capacitado recetar anticonceptivos orales, administrar inyecciones e insertar DIU; (2) se permite a los distribuidores comunitarios debidamente capacitados (DCA) reabastecer anticonceptivos orales; (3) se permite a las farmacias administrar anticonceptivos orales sin receta y administrar anticonceptivos inyectables (si se permite administrar otros tipos de inyecciones); (4) se permite a médicos generales debidamente capacitados y equipados realizar esterilizaciones e insertar y extraer implantes; y (5) se permite a médicos debidamente capacitados y equipados realizar abortos a petición.

Datos necesarios

Reglamentos médicos.

Fuente o fuentes de datos

Ministerio de Salud; códigos legales.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado mide el grado en el que barreras médicas (política operativa) imponen restricciones sobre los proveedores de servicios de planificación familiar. Aunque la razón fundamental para las barreras médicas y contra dichas barreras se expresa a menudo en términos médicos, las barreras médicas son una cuestión normativa en el grado en el que su existencia es el reflejo de fuerzas políticas subyacentes. Además, las decisiones de eliminar dichas barreras pueden entrañar decisiones normativas de alto nivel.

Este indicador se ha definido sobre la base de una serie de barreras médicas que se ha observado son importantes en muchos países. La lista de barreras puede requerir alguna modificación en su aplicación a determinados países. Un criterio importante para seleccionar las barreras médicas más pertinentes para incluirlas en el indicador es el impacto previsto sobre el comportamiento real de los proveedores. Por ejemplo, las restricciones sobre los trabajadores de DCA no surtirán efecto en los casos en los que no existe un programa de DCA. En otros casos, las restricciones pueden existir en teoría pero no seguirse en la práctica. Mediante entrevistas de los proveedores puede obtenerse información valiosa en cuanto a qué barreras médicas surten el mayor efecto sobre las prácticas actuales.

Indicador

AUSENCIA DE RESTRICCIONES ARBITRARIAS SOBRE LOS USUARIOS

Definición

Este indicador tiene un valor máximo de cuatro puntos. Se da un punto por cada una de las condiciones siguientes: (1) no hay restricciones médicamente no justificadas (por ejemplo, edad, sexo, estado civil, número de hijos sobrevivientes, género de los hijos sobrevivientes, consentimiento del cónyuge, contraindicaciones médicas no justificadas) en el uso de cualquier anticonceptivo; (2) no se exige a las aceptantes o a las usuarias continuas pruebas médicamente innecesarias; (3) se proporciona a las usuarias continuas de anticonceptivos orales un suministro de al menos tres meses con cada visita; y (4) el aborto es legal y está abiertamente disponible.

Datos necesarios

Reglamentos médicos y prácticas clínicas.

Fuente o fuentes de datos

Disposiciones del Ministerio de Salud; códigos legales; análisis de situación y otras encuestas de usuarias y proveedores; datos estadísticos sobre servicios.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado mide el grado en el que las barreras médicas (política operativa) imponen restricciones sobre los clientes. Tal como se indicó con respecto al indicador precedente, la existencia de barreras médicas puede ser un reflejo de fuerzas políticas subyacentes; y su eliminación puede incluir decisiones normativas de alto nivel. Además, al igual que con el indicador precedente, la lista de barreras específicas incluidas en el indicador puede variar de un país a otro. Barreras médicas individuales deberán incluirse en la definición del indicador sólo en los casos en los que tienen un efecto demostrable sobre el comportamiento del usuario. Las entrevistas con los usuarios y proveedores pueden producir información fiable para utilizarla al seleccionar las barreras médicas más importantes a incorporar en las aplicaciones de cada país.

Entorno normativo

Indicador

RECURSOS DEL SECTOR PUBLICO DEDICADOS A LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO PORCENTAJE DEL PIB

Definición

Este indicador se define como la relación de los gastos operación totales del sector público en planificación familiar frente al producto interno bruto (PIB), expresados como porcentaje (de ordinario, menos de uno por ciento).

Datos necesarios

Gastos de operación del sector público en planificación familiar en precios corrientes; datos de cuentas nacionales en el PIB en precios corrientes.

Fuente o fuentes de datos

Presupuestos nacionales de gastos de operación; cuentas nacionales.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado es una medida de la dedicación de recursos (política operativa) por parte del gobierno de un país receptor a su programa de planificación familiar. En el grado en el que donadores financien una porción de los desembolsos de operación del programa de planificación familiar (la mayoría de los donadores proporcionan apoyo al presupuesto de capital), este indicador puede no ser un reflejo exacto del esfuerzo del gobierno del país receptor.

Es importante que el indicador denote si los fondos asignados en los presupuestos se emplean realmente para proporcionar servicios de planificación familiar. Muchos gobiernos no llegan a ejecutar los presupuestos publicados. También es importante confirmar que los recursos desembolsados en programas de planificación familiar se utilizan realmente para este fin y que los recursos llegan a las unidades operativas en el campo que proporcionan los servicios.

En especial en los países en los que los servicios de planificación familiar se proporcionan junto con otros servicios de salud materno-infantil, puede no haber un rubro fácilmente identificable en el presupuesto de operación del ministerio u organización apropiado que pueda vincularse con la planificación familiar. Además, en los casos en los que el personal se dedica a proporcionar otros servicios sanitarios además de la planificación familiar, puede ser difícil reasignar alguna proporción de su tiempo a la planificación familiar. En tales casos, puede emplearse uno de varios procedimientos posibles. El método más sencillo y más comúnmente utilizado (y quizás el menos fiable), consiste en entrevistar a los supervisores y trabajadores sanitarios, pidiéndoles que estimen el porcentaje de su tiempo empleado en los servicios de planificación familiar. Este porcentaje puede utilizarse luego como base para asignar los costos de mano de obra y otros costos conjuntos. Como alternativa, puede efectuarse una encuesta del tiempo de utilización con una muestra de instalaciones, empleando la técnica de análisis del flujo de pacientes o la observación directa de los trabajadores sanitarios a intervalos específicos (es decir, muestreo del trabajo).

Este indicador es análogo a la medida del Esfuerzo de los Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Presupuesto en el país para el programa*: "Porcentaje del presupuesto total de planificación familiar y población disponible de fuentes en el país. Se da una puntuación máxima si las fuentes en el país proporcionan el 85% o más del presupuesto; no se da puntuación si estas fuentes proporcionan menos del 50% del presupuesto". Sin embargo, este indicador es difícil de calcular si incluye (como debiera hacerlo) la financiación del sector privado como parte de la porción nacional. También está sujeto a fluctuaciones en el tipo de cambio ya que el denominador incluye los aportes de los donadores expresados en dólares de los Estados Unidos (u otra forma de divisas).

Otro indicador comúnmente utilizado de la dedicación de recursos del gobierno a la planificación familiar

Entorno normativo

es la *Porción del presupuesto nacional dedicada a la planificación familiar*. El problema principal de este otro indicador es el de que los programas de planificación familiar son financiados a menudo por varios niveles de gobierno (por ejemplo, nacional, estatal, local). Otro problema es el de que dicho indicador sería sensible a variaciones en la dimensión del presupuesto nacional debidas a consideraciones políticas, ideologías o de seguridad nacional. El indicador propuesto arriba evita estas limitaciones al incluir los desembolsos del sector público efectuados por todos los niveles de gobierno y al expresarlos en relación con una medida del nivel general de actividad económica del país (PIB).

Entorno normativo

Indicador

CALIDAD DE LA DIRECCION DEL PROGRAMA

Definición

Este indicador debería fundamentarse en un índice del desempeño de los directores del programa como gerentes, abarcando dimensiones del desempeño tales como experiencia, continuidad y compromiso, competencias técnicas, capacidad de motivar a otros clientes y personal del programa, capacidad de movilizar recursos internos y apoyo de otros ministerios, capacidad de comunicar al público los resultados y necesidades del programa, capacidad de trabajar en el seno de la burocracia, capacidad de trabajar eficazmente con los donadores y capacidad de planificación estratégica.

Datos necesarios

Evaluación sistemática del desempeño del director del programa de planificación familiar y otros funcionarios clave del programa (por ejemplo, Ministro de Salud, jefe de la comisión nacional de población), incluido el tiempo empleado en el cargo.

Fuente o fuentes de datos

Evaluaciones independientes de observadores externos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado es un reflejo de la calidad de los recursos humanos (política operativa) dedicados por el gobierno a su programa de planificación familiar. Algunos observadores consideran que es uno de los indicadores más importantes de apoyo político implícito.

Este indicador debería limitarse a uno, dos o tres (a lo sumo) funcionarios que tienen la mayor influencia sobre el derrotero del programa. En muchos casos, bastará sólo el director del programa. Puede entrevistarse a personas conocedoras (por ejemplo, personal de los donadores, personal de las ONG) para evaluar al individuo en cuestión sobre la base de criterios tales como los enunciados arriba.

Este indicador puede ser muy elocuente en cuanto al compromiso del gobierno hacia la población y la planificación familiar. No puede esperarse que los programas prosperen sin una dirección dedicada y continua.

Un problema con este indicador es el de que las calificaciones en las que se basa son necesariamente subjetivas y, por tanto, pueden ser influenciadas por el resultado del programa (por ejemplo, si el programa ha tenido éxito en aumentar los niveles de prevalencia anticonceptiva).

Además de los criterios citados arriba, hay una dimensión subjetiva importante relacionada con las actitudes de las personas en cargos clave de dirección hacia la planificación familiar. Hay casos en los que las personas designadas para dirigir una comisión de población han sido abiertamente hostiles a la planificación familiar. Así, pues, en la medida de lo posible, esto también debería figurar en cualquier evaluación de las "calificaciones" del personal clave.

No hay indicador relacionado en las medidas del Esfuerzo la de los Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross. Sin embargo, las publicaciones sobre la formulación de la política citan la calidad de la dirección del programa como uno de los factores más importantes en el entorno normativo que afectan al éxito o fracaso del programa (Finkle y Ness, 1985; Ickis, 1987; Lapham y Simmons, 1987).

Indicador

GRADO DE PARTICIPACION DEL SECTOR COMERCIAL

Definición

Este indicador se define como el porcentaje de la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos que corresponde al sector comercial.

Datos necesarios

Prevalencia anticonceptiva, por método y fuente.

Fuente o fuentes de datos

La EDS u otra encuesta sobre anticonceptivos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador del resultado mide un aspecto de la dimensión de los recursos (política operativa) del entorno normativo del programa: la participación del sector comercial (por ejemplo, proveedores privados, farmacias) en la provisión de servicios de planificación familiar. Este es un indicador de la madurez organizativa del programa y de su éxito en movilizar recursos del sector privado para atender la creciente demanda de servicios. En la mayoría de las sociedades, en la medida en que maduran los programas, la porción de prevalencia del sector comercial aumenta en relación con las porciones del sector público y de las ONG. Esta evolución probablemente ocurra debido a los esfuerzos del programa público por promover la sustentabilidad (por ejemplo, la introducción de los pagos de los usuarios para quienes pueden pagar los servicios) y debido a la creciente demanda por parte del público de servicios de planificación familiar de alta calidad y cómodos.

Cabe advertir que algunos programas pueden optar por seguir siendo principalmente programas del sector público debido a la debilidad del sector comercial o al fuerte apoyo proporcionado al programa por el sector público principalmente (y a recursos suficientes disponibles para financiar dicho programa). Entre los ejemplos de programas maduros que siguen dependiendo del sector público figuran los de China y Tailandia.

En algunos casos, este indicador pudiera ser elevado simplemente debido a que el programa gubernamental es débil. Puesto que el indicador daría una impresión equívoca del entorno normativo en estas circunstancias, probablemente no debería utilizarse en tales casos.

Por último, se advierte que la dimensión del sector comercial depende de factores socioeconómicos (por ejemplo, el ingreso familiar, la urbanización) así como de la política gubernamental. En zonas muy pobres, predominantemente rurales, un sector comercial débil puede no ser un indicador válido del entorno normativo.

La medida relacionada del Esfuerzo de los Programas de Planificación Familiar de Lapham/Mauldin/Ross, *Participación de los organismos y grupos del sector privado*, indica sólo la participación del sector de las ONG: "Grado en el que los organismos y grupos del sector privado ayudan con las actividades de planificación familiar y otras actividades de población. Estos grupos incluyen las asociaciones de planificación familiar, grupos de servicios especiales (por ejemplo, para servicios de esterilización), asociaciones religiosas, etc. La participación o asistencia en las actividades de planificación familiar y población puede incluir lo siguiente: provisión de suministros y servicios de planificación familiar, capacitación, información y educación en planificación familiar, afiliación en grupos interdepartamentales de planificación familiar que se reúnen al menos dos veces por año, apoyo moral y otras clases de ayuda".

Capítulo III

Operaciones de provisión de

A. Gestión

B. Capacitación

C. Suministros y aspectos logísticos

D. Información-educación-comunicación (I-E-C)

E. Investigación y evaluación

Los indicadores para cada área funcional se incluyen al principio de las secciones correspondientes.

Capítulo III

INDICADORES PARA MEDIR LAS OPERACIONES DE PROVISION DE SERVICIOS

Las operaciones de provisión de servicios se refieren a diferentes componentes u operaciones en el programa de planificación familiar: gestión, capacitación, suministros/aspectos logísticos, información-educación-comunicación(I-E-C) e investigación/evaluación. Estas operaciones, conocidas también como subsistemas o áreas funcionales, corresponden de cerca a las divisiones que se encuentran en las organizaciones de planificación familiar de todo el mundo. Además, constituyen un elemento importante en el entorno de la oferta de planificación familiar tal como se ilustra en la Figura I-2 del Capítulo I.

El entorno de la oferta de planificación familiar ha sido un área relativamente descuidada de la evaluación de la planificación familiar. Históricamente, se ha hecho hincapié principalmente en el resultado intermedio (por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva) y el resultado de largo plazo (por ejemplo, el descenso en la fecundidad). Se ha dedicado menos atención a los factores que preceden a estos resultados en el marco conceptual, a saber, los factores en el lado de la oferta que contribuyen a la demanda de servicios de planificación familiar.

Tal como se advirtió en el Capítulo I, dos amplias categorías de factores influyen en la demanda de servicios de planificación familiar. Por una parte, una serie de factores sociales, económicos, religiosos y culturales influyen en las normas de la sociedad y las preferencias individuales con respecto a la dimensión de la familia. Tal como demuestran Lapham y Mauldin (1985) y confirman Mauldin y Ross (1991), el descenso en la fecundidad está relacionado con el bienestar socioeconómico de la población.

A la inversa, la falta de desarrollo socioeconómico con sus correspondientes consecuencias sociales ha contribuido a mantener una demanda de familias numerosas en muchos países.

Sin embargo, la solidez de los programas de planificación familiar existentes también desempeña un papel en el descenso de la fecundidad. En estos mismos dos artículos citados directamente arriba, el descenso en la fecundidad fue más elevado en los países que tuvieron una alta calificación conforme al índice de esfuerzo del programa de planificación familiar. El entorno de la oferta de planificación familiar puede contrarrestar algunas de las presiones para una procreación sostenida y puede influir en la demanda de hijos, primero ofreciendo servicios a quienes ya consideran necesario espaciar los nacimientos o limitar la dimensión de la familia y, segundo, creando una conciencia de las distintas opciones a la procreación continua, entre otras cosas.

La solidez de diferentes áreas funcionales determina colectivamente la idoneidad y desempeño del sistema de provisión de servicios de planificación familiar en un país dado, medidas como producción de servicios.

Las tres dimensiones de la producción de servicios son el acceso, la calidad y la imagen (tal como se ilustra en la Figura I-2 del Capítulo I y se presentan en detalle en el Capítulo IV). No es difícil imaginar o visualizar las flechas entre cualquiera de las operaciones de servicios que se describen en este capítulo y los elementos de acceso, calidad e imagen, que se esbozan en el capítulo siguiente. Por ejemplo, la capacitación aumenta el número de lugares de servicio que pueden proporcionar anticonceptivos y la calidad de los servicios proporcionados. I-E-C informa a la población de su acceso a los servicios, promueve la calidad de esos servicios y, por tanto, realza la imagen del programa.

Quienes trabajan en una de las áreas funcionales concretas de provisión de servicios expresan a menudo el deseo de demostrar los resultados de su área sobre lo que "realmente cuenta" en la planificación familiar: el resultado al nivel de la población. Dada la atención concentrada en demostrar el impacto demográfico de la planificación familiar en años recientes, los expertos en estas áreas funcionales pueden haberse sentido presionados a "demostrar" que lo que hacen tiene un resultado directo en términos de prevalencia anticonceptiva o incluso de descenso de la fecundidad.

Desde el punto de vista científico, el enfoque óptimo para demostrar el impacto de un área funcional dada

Operaciones de provisión de servicios

sería con un experimento de campo controlado. En la práctica, estos estudios experimentales se realizan de ordinario a escala pequeña (a menudo como proyecto de investigación operativa), no para el país en su conjunto. En el contexto de un programa nacional de planificación familiar, sería difícil mantener constantes otros componentes del programa a fin de evaluar la contribución de un área funcional concreta, especialmente a la luz de alguna resistencia al nivel de campo a retener conscientemente un servicio o comunicación potencialmente beneficioso de cualquier segmento de la población. En consecuencia, la evaluación de la contribución de un área funcional concreta al efecto del programa en su conjunto es metodológicamente posible pero nunca se lleva a cabo.⁷

Es útil seguir conceptualmente el aporte de un área funcional concreta al efecto del programa al nivel de población (tal como se hace en el primer capítulo, en las Figuras I-1 y I-2). No obstante, no es posible analizar qué porcentaje de cambio (por ejemplo, en la prevalencia anticonceptiva) puede atribuirse a un área funcional dada y, mucho menos, qué porcentaje de un descenso en la fecundidad podría atribuirse a esa área funcional. Técnicamente hablando, un sistema completo de indicadores puede permitir el estudio de la contribución de cada área al cuadro demográfico total. Sin embargo, el uso principal de estos indicadores consiste en vigilar lo que las áreas proporcionan frente a la actividad programática total.

La mayoría de las evaluaciones de las áreas funcionales en los programas de planificación familiar no están concebidas para "demostrar" o cuantificar su aporte al esfuerzo total, sino más bien para identificar áreas en las que está justificado realizar mejoras, que contribuirían a hacer más eficaz el programa.

En este capítulo, presentamos indicadores para cinco áreas funcionales, enunciados en el mismo orden en el que se presentan en el marco conceptual (Capítulo I, Figura I-2). En el caso de Gestión, Capacitación y Logística y Suministros, los indicadores se elaboraron en el contexto de los grupos de trabajo sobre estos temas, organizados bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION. Si bien todavía no se ha reunido un Grupo de Trabajo sobre Evaluación, los indicadores presentados en la sección sobre Investigación y Evaluación se beneficiaron de los debates de Grupo de Trabajo sobre Investigación Operativa durante sus dos reuniones celebradas hasta la fecha. En contraste, la sección sobre I-E-C constituye un borrador que será elaborado adicionalmente en el contexto de futuras reuniones del grupo de trabajo sobre este tema.

⁷ La cuestión de evaluar la única contribución de un área funcional específica para el producto del programa no ha de confundirse con la viabilidad y conveniencia de evaluar los efectos de un programa en su totalidad (reflejando la contribución de todas las áreas funcionales). En este último caso, un experimento de campo controlado es el método escogido, aun cuando, hasta la fecha, se ha utilizado muy poco. Los programas han perdido a menudo valiosas oportunidades de realizar "experimentos naturales", cuya concepción se basa en el emplazamiento (es decir, la ubicación geográfica estratégica) de las intervenciones en áreas seleccionadas y el carácter oportuno de estas intervenciones.

GESTION

Indicadores ilustrativos:

- Existencia de una misión clara que contribuye al logro de los objetivos programáticos
- Logro de las metas operativas
- Estructura orgánica claramente definida
- Idoneidad del personal
- Conciencia de la situación financiera actual
- Acceso a información actualizada sobre áreas clave de funcionamiento programático
- Acceso a información al día sobre el progreso del programa
- Capacidad de seguir los suministros

Gestión es un término que a menudo se define a la ligera y, como resultado, se comprende mal. Esto es un reflejo, al menos en parte, de que las percepciones sobre lo que es y sobre lo que debería ser la gestión varían de una cultura y organización a otra (Laurent, 1983; Hofstede, 1982; Finkle y Ness, 1985). A pesar de esto, es más o menos universalmente reconocido que una gran parte del crédito para el éxito de los programas de planificación familiar en los países en desarrollo se debe a la gestión programática.

Los materiales que se presentan en esta sección representan el producto inicial de los esfuerzos del grupo de trabajo sobre gestión, convocado bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION para considerar la gran cantidad de publicaciones y experiencias de campo sobre la gestión de programas de planificación familiar a fin de formular un marco conceptual y especificar una serie de indicadores para esta área funcional. Se prevé que los indicadores propuestos para el área funcional se examinen de cerca, se sometan a prueba y se perfeccionen en el curso del Proyecto EVALUACION. Los resultados de las actividades adicionales de desarrollo, así como las reacciones recibidas de personas y organizaciones que trabajan en el área de la gestión, se incorporarán en una actualización de este Manual.

El punto de partida en la consideración de los indicadores para el área funcional consiste en establecer una definición práctica de gestión programática. Tal como se indica en la introducción de este Manual, un programa de planificación familiar se define como un programa organizado concebido para proporcionar información, suministros y servicios de medios modernos de control de la fecundidad a quienes están interesados en dichos medios. Los programas nacionales de planificación familiar consisten a menudo en un órgano coordinador nacional y una entidad dominante de provisión de servicios, complementados por entidades menores que realizan funciones programáticas concretas o atienden segmentos específicos del mercado. La organización principal de provisión de servicios es a menudo, pero no siempre, una entidad afiliada del gobierno. En realidad, las entidades del sector público --y privado-- han cooperado eficazmente en distintas configuraciones para proporcionar servicios de planificación familiar en diferentes partes del mundo (Ickis, 1987).

La gestión se ha definido alternativamente como "lo que es la gestión" o "lo que hace la gerencia". Warwick (1988), por ejemplo, define la gestión como el diseño, la organización, la ejecución, la evaluación y la reformulación de los programas y operaciones de planificación familiar. Para Finkle y Ness (1985), la gestión se define en términos de las tareas primarias que emprenden los gerentes. Definen la tarea principal de la gerencia como motivar y dirigir al personal a fin de que los recursos humanos que representa se orienten al logro de las metas de la organización. En cualquier caso, se considera que la

Gestión

gestión entraña influir directamente en la asignación del trabajo y los incentivos en el seno de la administración y, por tanto, se distingue de la coordinación, que entraña sólo una influencia parcial o indirecta. Gestión es un concepto que se aplica al programa nacional de planificación familiar como entidad, así como a cada una de las organizaciones contribuyentes.

Independientemente de las definiciones, se considera que la gestión programática tiene responsabilidad principal de la producción y generación del resultado a nivel de programa y del resultado al nivel de población con sujeción a una serie de restricciones de insumos. Es función de la gerencia orientar las operaciones de provisión de servicios hacia la producción del resultado pretendido. Esto se consigue mediante tres tipos principales de actividades o procesos: planificación, ejecución y evaluación.

Al considerar los indicadores para el área funcional gerencial, es útil pensar en la gestión eficaz como integrada por una serie de atributos o características esenciales, que pueden considerarse como dimensiones o elementos subyacentes. Pueden identificarse ocho dimensiones o elementos clave:

- misión,
- planificación y estrategia,
- organización,
- recursos humanos,
- finanzas,
- información,
- supervisión y evaluación y
- aspectos logísticos.

El Grupo de Trabajo sobre Gestión elaboró una lista preliminar de 63 indicadores para los ocho elementos. El trabajo de perfeccionamiento realizado posteriormente con dicha lista produjo la lista de indicadores que aparece en el Apéndice B de este Manual. Adviértase que, en muchos casos, se juzgó útil organizar los indicadores bajo un elemento concreto en términos de subelementos, tal como se ilustra en el Apéndice B.

Debido a limitaciones de espacio, no es posible tratar minuciosamente en este Manual cada uno de los indicadores propuestos. En vez de ello, se seleccionó para debate un indicador "ilustrativo" para cada elemento. Los indicadores seleccionados para presentación fueron los que, en nuestra opinión, pertenecen más de cerca al "resultado final" de un elemento dado; es decir, de forma que refleje el resultado final de las actividades gerenciales a lo largo de una dimensión en particular. Este enfoque concuerda con el punto de vista de la gestión como un proceso orientado a los resultados. Concuerda también con la "norma de contingencia" propuesta por Finkle y Ness (1985), que sostiene que no existe una forma óptima de organizar cualquier cosa: lo que importa es el resultado final.

En consecuencia, se prevé que, al utilizar los indicadores propuestos en este Manual, el punto de partida para la evaluación de cualquier elemento dado sería el indicador "final". Si la gestión programática se desempeña bien en relación con este indicador para un elemento en particular, es probable que se desempeñe bien en otros aspectos medidos conforme a indicadores más detallados o concretos para el elemento. Si se halla que el desempeño es deficiente en el indicador final, los otros indicadores que miden factores o aspectos específicos que contribuyen al resultado final pueden resultar útiles para identificar áreas o aspectos que requieren una mayor atención.

En definitiva, cabe reconocer que, en algunos casos, los "límites" entre el área funcional de la gerencia y otras áreas funcionales de la provisión de servicios que se analizan en este Manual no son inmediatamente evidentes. Esto se debe al hecho de que un componente gerencial abarca y, por tanto, está incluido en cada una de estas áreas. En otras palabras, el éxito (o falta de éxito) en el desempeño

en cualquiera de las áreas funcionales es al menos en parte atribuible a la gerencia. Por ejemplo, el desempeño programático en las áreas de capacitación o I-E-C lo determina en cierto grado el reconocimiento por la gerencia de su importancia y los recursos asignados a su ejecución.

Sin embargo, en el grado en el que las influencias de una gestión eficaz sobre el resultado o impacto de un programa son a menudo mayores que la suma de las actividades individuales emprendidas, se consideró que el examen de los indicadores de la gestión en su conjunto aportarían conocimientos adicionales sobre el funcionamiento del programa. Este aspecto deberá tenerse en cuenta de analizar los indicadores presentados en esta sección. En la aplicación real, tanto los indicadores sobre gestión general como los de áreas funcionales más específicas podrían considerarse para evaluar un área funcional en particular.

Gestión

Indicador

EXISTENCIA DE UNA MISIÓN CLARA QUE CONTRIBUYE AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROGRAMATICOS

Elemento

Misión

Definición

El programa tiene una declaración escrita de su misión o propósito que, caso de lograrse, haría un aporte importante a la consecución de los objetivos nacionales de salud reproductiva y planificación familiar.

Se considera que una misión contribuye al logro de los objetivos nacionales de planificación familiar si:

- concuerda con las políticas y prioridades nacionales relacionadas con la planificación familiar y la salud reproductiva;
- proporciona una visión del futuro (al menos por 5-10 años);
- define los servicios y productos del programa;
- define los clientes beneficiarios del programa; y
- es suficientemente clara y detallada para proporcionar una base relevante sobre la que elaborar los planes operativos.

Datos necesarios

Evidencias de una declaración escrita de la misión; información sobre la misión del programa; información sobre las políticas y objetivos nacionales de salud reproductiva y planificación familiar.

Fuente o fuentes de datos

Documentos del programa.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida de la existencia de un claro sentido de dirección en forma de una declaración escrita de la misión. Aunque es posible que programas sin misiones formalmente definidas hagan aportes importantes a la consecución de los objetivos nacionales de salud reproductiva y planificación familiar, una misión clara desempeña la función importante de ayudar a mantener a la gerencia y al personal del programa concentrados en el logro de los objetivos a largo plazo.

Una declaración escrita de la misión, a menudo incluida en los documentos de planificación estratégica, trasmite el sentido de la misión a grupos internos y externos. Tal como se advirtió anteriormente, la declaración de la misión deberá contener cierto número de elementos fundamentales que proporcionan la base para el desarrollo de los planes operativos.

Una declaración de la misión o de la política que define metas que adaptan a las realidades internas y externas del programa (es decir, apropiadas y realistas en el contexto en el que opera el programa) recibiría la mayor puntuación conforme a este indicador. Un programa que carezca de una declaración formal recibiría la puntuación más baja. La claridad y coherencia de la declaración y su idoneidad para el programa en el estado actual en que se encuentra determinarían la puntuación entre estos dos extremos.

Indicador

LOGRO DE LAS METAS OPERATIVAS

Elemento

Planificación/estrategia

Definición

Se han cumplido con éxito las metas de operativas planificadas en el programa a lo largo de un período de referencia definido (por ejemplo, los 2 ó 3 últimos años).

Datos necesarios

Información sobre las metas operativas planificadas operativa para el período que abarca la evaluación; pruebas del grado en el que se han alcanzado las metas.

Fuente o fuentes de datos

Documentos de planificación del programa; análisis del desempeño y otras actividades de supervisión y evaluación de la producción.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida "orientada a los resultados" del desempeño en la planificación operativa del programa, es decir, el grado en que se han cumplido las metas de planificación. Como indicador "final", presupone la existencia de planes estratégicos y operativos definidos con objetivos y metas mensurables. Los programas que no emprenden planificación estratégica y operativa no pueden evaluarse lógicamente (y, por tanto, tendrán una mala puntuación) en relación con este indicador, ya que, de ordinario, no tendrán metas y objetivos claramente especificados y mensurables.

Sin embargo, el indicador propuesto va más allá de la mas alta existencia de planes estratégicos y operativos y aborda la cuestión de si los planes se utilizan realmente para orientar las operaciones de provisión de servicios. Al concentrarse en los resultados finales de la planificación estratégica y operativa, también es probable que el indicador proporcione al menos una medida parcial del grado en el que los planes estratégicos y operativos son pragmáticos, cuenta que exista de los recursos y restricciones existentes en el programa.

El indicador también presupone reconocer la existencia de un sistema de supervisión y evaluación del programa que proporcione regularmente información sobre el progreso realizado hacia el logro de las metas y objetivos de forma regular (véase el elemento 7 a continuación, donde se analizan más detalladamente los sistemas de supervisión y evaluación como elemento clave de la gestión). Los programas que carecen de un medio de medir el desempeño frente a los objetivos no recibirán una calificación alta en relación con el indicador.

Finalmente, cabe advertir que la validez del indicador descansa en la hipótesis de que las estrategias y planes sirven para concentrar los recursos y actividades del programa en formas que realcen la eficacia del mismo. En vista de ello, se considera que la capacidad demostrada para formular y ejecutar los planes es un atributo de la gestión eficaz.

Gestión

Indicador

ESTRUCTURA ORGANICA CLARAMENTE DEFINIDA

Elemento

Organización

Definición

El programa y la institución a su cargo tienen un cuadro orgánico y documentos complementarios que definen las relaciones entre las unidades orgánicas, la cadena gerencial de mando y las funciones y responsabilidades del personal en todos los niveles de la organización como opera realmente el programa.

Datos necesarios

Pruebas de que las relaciones de la unidad programática, la cadena de mando gerencial y las funciones y responsabilidades del personal se han definido formalmente y describen con exactitud la forma en que se adoptan las decisiones gerenciales en la organización.

Fuente o fuentes de datos

Documentos del programa y entrevistas con el personal del programa

Finalidad y cuestiones

Este indicador ilustra un aspecto de la estructura de la organización. Se remite al lector al Apéndice B donde se presenta una lista de otros subelementos e indicadores bajo el elemento de la organización propuesto por el Grupo de Trabajo sobre Gestión.

El indicador tiene por fin proporcionar una medida del grado en el que se definen claramente las funciones y responsabilidades en el programa, tanto "sobre el papel" como en la práctica. Adviértase que el indicador no propugna una estructura orgánica en particular. Más bien, trata de medir el grado en el que dicha estructura, cualquiera que sea la que tenga un programa, está suficientemente bien definida y que los gerentes y el personal conocen sus funciones y responsabilidades en la organización.

La validez del indicador supone que una clara definición de la cadena de mando y las funciones y responsabilidades de los cargos ayudan a asegurar que las decisiones estratégicas y operativas hacen un uso óptimo de los recursos disponibles. También se presupone que la estructura del programa puede ser modificada (al menos parcialmente) por la gerencia del programa y, por tanto, es un criterio válido conforme al que evaluar el desempeño de la gerencia.

La evaluación de la estructura de un programa y las funciones y responsabilidades entraña un análisis de las relaciones entre las unidades y el personal en el programa. Dicha evaluación comenzaría normalmente con un análisis del cuadro orgánico del programa y de las descripciones de cargos del personal del programa. Un cuadro orgánico que define claramente los límites y nexos entre diferentes unidades funcionales e individuos dentro del programa recibiría la mayor puntuación en cuanto a este aspecto de la estructura. En contraste, un programa con relaciones no definidas, siendo el extremo la ausencia de un cuadro orgánico, recibiría la puntuación más baja.

Una segunda consideración es el grado en el que los procesos de toma de decisiones del programa concuerdan con los indicados en el cuadro orgánico. Esto entraña evaluar la idoneidad del personal para los cargos que ocupan y el grado en el que realmente adoptan las decisiones que se especifican en el cuadro orgánico (teórico). Esto último podría lograrse, por ejemplo, analizando cómo se adoptaron una o más decisiones importantes recientes. Se presupone que un programa con un buen plan orgánico en funcionamiento será más eficaz en alcanzar sus objetivos que uno que existe sobre el papel solamente. Por ejemplo, algunos programas tienen planes orgánicos que exigen la toma descentralizada de decisiones

(al menos en cuestiones rutinarias), pero en la práctica la toma de decisiones tiende a estar altamente centralizada. El resultado es, a menudo, una organización lenta en responder a las oportunidades que se presentan para mejorar el desempeño y cuyo personal tiene un alto grado de inseguridad para adoptar decisiones.

La evaluación de este último aspecto tenderá a ser más subjetiva que la del anterior. Un enfoque pudiera consistir en utilizar una escala que vaya desde conformidad exacta entre la estructura teórica y la práctica en la toma de decisiones, en un extremo, y muy poca o ninguna conformidad, en el otro extremo.

Nuevamente, como en otros indicadores "globales" en el área funcional, los programas que tienen una puntuación baja en relación con este indicador se beneficiarían de un escrutinio en relación con otros indicadores más específicos de la estructura del programa como medio de identificar áreas de mejora.

Gestión

Indicador

IDONEIDAD DEL PERSONAL

Elemento

Recursos humanos

Definición

Todos los cargos identificados en el plan de recursos humanos del programa los ocupan (excepto en lo que respecta a un número reducido de vacantes temporales) empleados que tienen las calificaciones y competencias requeridas para el cargo, tal como se indica en la descripción del cargo.

"Competencia" se refiere al hecho de que el personal tiene aptitudes suficientes para realizar las funciones o desempeñar las actividades que se requieren en un cargo dado.

Datos necesarios

Información sobre calificaciones y aptitudes requeridas (por cargo); información sobre calificaciones y competencias del personal que ocupa cada cargo.

Fuente o fuentes de datos

Documentos y registros del personal del programa; datos del sistema de información de gestión del personal; evaluaciones de la competencia del personal.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida general del desempeño gerencial en el área de administración del personal. El indicador mide el desempeño real contra una "norma óptima", el escenario en el que todos los cargos los ocupa personal que satisface plenamente los requisitos de capacitación y competencia que se indican para el cargo en la estructura de personal del programa.

El indicador presupone la existencia de: (1) descripciones de cargos con indicación de las calificaciones y competencias requeridas; y (2) un componente del sistema de información de gestión del personal que sigue la pista de las tareas y competencias del personal con que se está llenando cada cargo. En los programas que carecen de cualquiera de estos componentes, será necesario emprender evaluaciones especiales de la competencia del personal para medir este indicador.

La medición de la competencia se analiza más minuciosamente en la presentación de indicadores de Capacitación de la sección siguiente del Manual.

Indicador

CONCIENCIA DE LA SITUACION FINANCIERA ACTUAL

Elemento

Finanzas

Definición

La gerencia puede proporcionar información al día sobre las cantidades presupuestadas y desembolsadas para los principales rubros de línea del presupuesto.

Datos necesarios

Información sobre el nivel de conocimientos de los gerentes del programa en relación con las cantidades presupuestadas y desembolsadas para el año actual, por rubro principal de línea del presupuesto.

Fuente o fuentes de datos

Entrevistas con el gerente del programa; documentos y estados financieros del presupuesto del programa.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida de la capacidad de gestión financiera del programa. Compara la capacidad con el presupuesto y efectúa el seguimiento de los datos para las principales categorías contenidas en el presupuesto con una gestión financiera adecuada. El indicador presupone la existencia de: (1) un plan estratégico y (2) un sistema de gestión financiera y un subsistema de información complementario que permita a los gerentes seguir los ingresos y desembolsos. Los programas que carecen de estos elementos no pueden evaluarse significativamente para este indicador y, por tanto, es muy probable que se necesiten mejoras en la gestión financiera.

Otro indicador global de la capacidad de gestión financiera pudiera ser "el grado en el que se dispone de ingresos suficientes para ejecutar el plan estratégico, o pueden preverse razonablemente". Este indicador proporciona una medida de la capacidad del programa para aprovechar las oportunidades que se presentan para recaudación de ingresos y el grado en el que los planes estratégicos son pragmáticos dada la capacidad del programa (y el "historial") en cuanto a generación de ingresos.

Gestión

Indicador

ACCESO A INFORMACION ACTUALIZADA SOBRE AREAS CLAVE DE FUNCIONAMIENTO PROGRAMATICO

Elemento

Información

Definición

La gestión programática puede producir información actualizada sobre áreas clave de funcionamiento del programa, a saber:

- instalaciones y equipo
- personal
- suministros y aspectos logísticos
- finanzas
- estadísticas sobre servicios

Véanse a continuación las definiciones de las necesidades mínimas de información para cada uno de estos subsistemas.

Datos necesarios

Pruebas de la disponibilidad de información actual que abarquen las áreas esbozadas arriba; por ejemplo, informes rutinarios de un sistema de información de gestión (SIG), análisis programáticos anuales o periódicos basados en la información generada por el programa, o el uso habitual de información generada por el programa al realizar análisis del desempeño y elaborar el plan de trabajo anual.

Fuente o fuentes de datos

Documentos de evaluación del desempeño y planificación del programa; análisis de los protocolos del sistema de información de gestión y su resultado ; entrevistas con gerentes y supervisores del programa.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida "última" de la idoneidad del apoyo en información a la gerencia del programa. El indicador se concentra en la disponibilidad de información actual, que es considerada como esencial para una gestión eficaz.

El indicador presupone la existencia de un sistema de información de gestión (SIG) o subsistemas que apoyan la planificación y toma de decisiones en cada una de las áreas clave de operación programática esbozadas arriba. Los programas que no tienen un SIG no dispondrán generalmente de información actual para la gerencia. Para este indicador son posibles "puntuaciones" parciales, ya que algunos programas pueden tener a su disposición información razonablemente actualizada para algunas áreas (por ejemplo, estadísticas sobre servicios y suministros, y aspectos logísticos), pero no para otras. Los programas que tienen sistemas de información de gestión más plenamente desarrollados tendrán una puntuación más elevada en este indicador que los programas que sólo tienen sistemas de apoyo a la información parcialmente desarrollados.

Al dar una puntuación a este indicador, pudiera considerarse lo siguiente como el contenido mínimo de información de cada subsistema.

- Instalaciones y equipo: número, ubicación y servicios proporcionados en todas las unidades de atención; inventario anual del equipo, incluidos los lugares y la condición actual
- Personal: dotación total de personal, por capacitación/cualificaciones y tarea asignada actualmente; número de cargos vacantes
- Suministros y aspectos logísticos: cantidades obtenidas (por productos) durante el año en curso, cantidades en existencia en almacenes centrales, cantidades desembolsadas de almacenes centrales durante el año en curso, niveles de inventario autorizados en los puntos de provisión de servicios/suministro, número de artículos agotados en el año hasta la fecha en los puntos de provisión de servicios/suministro
- Aspectos financieros: montos presupuestados y desembolsos para el año hasta la fecha, para las partidas importante del presupuesto
- Datos estadísticos sobre servicios: número de visitas de servicios de planificación familiar, número de nuevos aceptantes, composición por método de los nuevos aceptantes

Sin embargo, cabe advertir que el indicador no toma en cuenta el grado de eficacia en que los gerentes del programa utilizan la información a su disposición. La evaluación de esta dimensión requeriría la consideración de más indicadores "finales". Por ejemplo, medidas de la eficiencia y productividad del programa. Véase la Sección E de este capítulo donde se analizan varios de estos indicadores.

Gestión

Indicador

ACCESO A INFORMACION AL DIA SOBRE EL PROGRESO DEL PROGRAMA

Elemento

Supervisión y evaluación

Definición

En cualquier momento dado, los gerentes y el personal del programa pueden producir datos razonablemente actualizados que describan el progreso hacia el logro de las metas, objetivos y fines que se han establecido en los planes operativos y estratégicos del programa.

La definición de "razonablemente actualizados" varía según el tipo de información. Véase a continuación donde se analiza adicionalmente este aspecto.

Datos necesarios

Pruebas de la disponibilidad de información pertinente sobre el progreso realizado hacia el logro de las metas y objetivos del programa derivada de las actividades de supervisión y evaluación.

Fuente o fuentes de datos

Documentos del programa e informes de análisis y evaluación del programa.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida del grado en el que la gerencia y el personal del programa tienen acceso a información que les permite seguir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos del programa. El indicador presupone la existencia de metas y objetivos que se han establecido mediante ejercicios de planificación estratégica y operativa. El indicador también presupone la existencia de un sistema de información de gestión que proporciona apoyo adecuado a la toma de decisiones gerenciales (véase el indicador precedente en esta sección) y la capacidad del programa para emprender actividades de investigación y evaluación, según sean necesarias (véase la Sección E de este capítulo donde se detallan los indicadores en esta área). Los programas que no tienen estas capacidades no recibirán una buena puntuación para este indicador.

Se juzga que el personal del programa con acceso a información sobre los logros y áreas que requieren atención adicional constituye un aspecto importante del presente indicador, puesto que esto requeriría la existencia de mecanismos de "retroalimentación" de la alta gerencia del programa, factor que se ha asociado con un mejor desempeño del programa (Finkle y Ness, 1985).

La inclusión del calificativo "razonablemente actualizado" en la definición del indicador tiene por fin poner de relieve la necesidad de actividades de supervisión y evaluación programadas y emprendidas de forma que concuerden con el cronograma en el que se adoptan las decisiones importantes de la gerencia del programa. Por ejemplo, en el grado en que las actividades de evaluación del proceso (o supervisión) se vayan a utilizar para informar análisis programáticos anuales o la formulación del plan de trabajo, se requeriría normalmente información de años precedentes. Los datos sobre el logro de las metas del plan de trabajo anual que están disponibles con varios años, no se consideran razonablemente actualizados.

Otras clases de datos para evaluación (por ejemplo, resultados de la investigación de las operaciones, resultados de la evaluación de la eficacia o productividad, etc.) no se requieren tan frecuentemente, pero para que los programas reciban una alta puntuación en relación con este indicador, necesitan estar disponibles con antelación al momento en que se vayan a utilizar (por ejemplo, en la formulación de un nuevo plan estratégico quinquenal). En la Sección E de este capítulo se analizan más detalladamente los

indicadores de capacidad del programa en el área de investigación y evaluación.

Gestión

Indicador

CAPACIDAD DE SEGUIR LOS SUMINISTROS

Elemento

Aspectos logísticos

Definición

El personal del programa responsable de la gestión logística está capacitado para proporcionar un recuento actualizado de lo siguiente:

- cantidades adquiridos (por producto) durante el año en curso,
- cantidades en existencia en los almacenes centrales,
- cantidades distribuidas de los almacenes centrales durante el año en curso,
- niveles autorizados de inventario en las unidades de atención y
- número de suministros agotados, por ubicación y tipo de unidad de atención, durante el año en curso.

Datos necesarios

Pruebas de que los datos de gestión logística que se describen en la definición del indicador, ya citado, están a disposición de los gerentes del programa.

Fuente o fuentes de datos

Registros programáticos; sistema de información de gestión de suministros y aspectos logísticos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida de la capacidad de la gerencia del programa para seguir y, por tanto, administrar con eficacia la adquisición y distribución de suministros. Se supone que el apoyo adecuado de información es un requisito para la gestión eficaz de los suministros y los aspectos logísticos.

El indicador presupone, por tanto, la existencia de: (1) un plan operativo de suministros y aspectos logísticos, y (2) un Sistema de Información Gerencial de Logística (SIGL). Los gerentes de los programas que no tienen un SIGL no podrán proporcionar la información requerida para el indicador.

Cabe advertir que este indicador no es un indicador "final" en el mismo sentido que los indicadores propuestos para otros elementos en esta área funcional. Indicadores más "finales" serían, por ejemplo, "la frecuencia con que se agotan los productos" o "la proporción de unidades de atención abastecidos de acuerdo con el plan". Sin embargo, puesto que suministros y logísticas se han identificado como función clave de la provisión de servicios por su propio derecho (véase la Sección C en este capítulo, donde se presenta un análisis de los indicadores específicos para esta área funcional), el énfasis de los indicadores sobre suministros y logística en esta sección sobre gestión atañe más a la existencia de sistemas subyacentes de gestión. Nuevamente, tal como se advirtió en la introducción al presente capítulo, los "límites" entre algunas de las áreas funcionales identificadas en el Manual son en algunos casos arbitrarios y, en consecuencia, los usuarios del Manual deben optar por emplear los indicadores de los diferentes capítulos y secciones según juzguen pertinente para la evaluación de una determinada actividad programática.

CAPACITACION

- Número y porcentaje de cursos que logran los objetivos de aprendizaje
- Número y porcentaje de cursos que contribuyen al logro de los objetivos de capacitación del programa
- Número y porcentaje de cursos en los que la metodología docente es apropiada para la transferencia de competencias y conocimientos
- Número de participantes por tipo
- Número y porcentaje de participantes que adquirieron dominio del conocimiento impartido
- Número y porcentaje de participantes competentes para proporcionar un servicio específico de planificación familiar
- Número y porcentaje de proveedores calificados como competentes luego de cierto período desde de la capacitación
- Número y porcentaje de participantes que aplican las competencias a su trabajo posterior

Esta sección utiliza en gran medida la labor del Grupo de Trabajo de Capacitación organizado al amparo del Proyecto EVALUACION. El ímpetu para esta actividad provino de un Grupo de Trabajo de Evaluación previo (convocado por la División de Información y Capacitación de la Oficina de Población).

La capacitación, tal como se utiliza en este capítulo, se refiere a diferentes tipos de eventos, que oscilan en duración entre un día y varios meses, que tienen el fin específico de aumentar el conocimiento y desarrollar o mejorar las competencias de los participantes para realizar tareas concretas. Esta versión del Manual, se concentra en indicadores de la capacitación para la provisión de servicios anticonceptivos basados en clínicas. Se necesitan indicadores análogos para la capacitación en otros campos (por ejemplo, en una de las áreas funcionales enunciadas en el índice).

La capacitación --al igual que las otras áreas funcionales-- contribuye al objetivo de aumentar las tasas de prevalencia, reducir la fecundidad y mejorar el estado de salud materno-infantil. Sin embargo, surte este efecto fortaleciendo la oferta de planificación familiar: al aumentar el acceso a los servicios, mejorar la calidad de los servicios (por ejemplo, mejor asesoría, mejores competencias clínicas de los proveedores) y realzar la imagen del programa. Los indicadores en esta sección miden tanto el proceso de realizar las actividades de capacitación y como su impacto sobre la oferta.

El resultado de la capacitación puede medirse al nivel de participante y al nivel del sistema de provisión de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, un indicador es el número y porcentaje de proveedores capacitados que aplican las competencias a su labor posterior. Su equivalente al nivel del sistema es el número de puntos de servicio en los que proveedores capacitados proporcionan regularmente servicios. Puesto que los indicadores al nivel del sistema se superimponen con los indicadores empleados para evaluar la oferta de planificación familiar (por ejemplo, acceso en el Capítulo IV), este capítulo se concentrará principalmente en los indicadores al nivel individual (es decir, el nivel del participante).

Los indicadores de capacitación que siguen son el producto de varias reuniones del Grupo de Trabajo de Capacitación. Las actas de estas reuniones proporcionan detalles adicionales sobre los indicadores "a nivel del sistema" que son análogos a los indicadores al nivel individual descritos aquí. Si bien el informe final del Grupo de Trabajo de Capacitación (Bertrand y Brown, 1993) proporciona una lista de todos los indicadores elaborados en la serie de reuniones, este Manual incluye aquéllos que las organizaciones de capacitación utilizan más ampliamente en la actualidad.

Capacitación

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE CURSOS QUE LOGRAN LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Definición

"Objetivos" son los esbozados en el plan de estudios o programa del curso.

Dato necesarios

[Si evaluado por los participantes] Respuesta a la pregunta "En su opinión, cumplió el curso los objetivos esbozados en la primera sesión?"

[Si evaluado por un observador independiente con experiencia en el área de contenido] Repaso del contenido del curso y observación de las competencias de los participantes.

Fuente o fuentes de datos

Evaluación del curso por los participantes al concluirlo; o notas de un observador independiente del curso.

Finalidad y cuestiones

La finalidad de este indicador consiste en determinar si el contenido del curso proporciona a los participantes el conocimiento y aptitudes esbozados en los objetivos del curso. Las evaluaciones del curso se utilizan ampliamente en las sesiones de capacitación para el personal de servicios. En los cursos de capacitación de instructores es más común la observación por parte de un observador independiente con experiencia en la materia.

Las evaluaciones del curso están sujetas a un sesgo de cortesía, especialmente si los participantes ponen en tela de juicio el carácter confidencial del ejercicio o si han establecido una relación interpersonal positiva con los instructores en el transcurso del evento. Este sesgo puede reducirse subrayando la confidencialidad del formulario de evaluación.

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE CURSOS QUE CONTRIBUYEN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE CAPACITACION DEL PROGRAMA

Definición

Los "objetivos de capacitación del programa" son, idealmente, el resultado de una evaluación institucional o nacional de las necesidades. Este indicador se mide en función del número y porcentaje de eventos de capacitación que contribuyen a un objetivo específico de capacitación y del perfil de los participantes en cada uno.

Datos necesarios

Inventario de los objetivos de capacitación del programa, número de eventos concebidos para contribuir a cada uno de los objetivos de capacitación y perfil de los participantes en cada evento.

Fuente o fuentes de datos

Registros administrativos (División de Capacitación).

Finalidad y cuestiones

Este indicador responde a la pregunta: ¿en qué grado consiguió el programa completar la cantidad y tipo de eventos de capacitación que se esbozan en su plan de capacitación? Se utiliza generalmente en relación con un objetivo específico; la información clave es el número de cursos dictados por tipo (por ejemplo, el número de cursos que contribuyeron al objetivo de capacitar a proveedores de DIU, el número de cursos que contribuyeron al objetivo de capacitar a instructores). No mide la idoneidad de los eventos de capacitación propiamente dicha.

El número absoluto de eventos de capacitación (por tipo de capacitación) ha de interpretarse en relación con el número que los expertos que formularon el plan de capacitación juzgan necesario. Así, pues, si sólo se juzgó necesario un curso de capacitación de instructores, y si se dictó con el número y tipo de participantes previsto, entonces "1" constituiría un desempeño satisfactorio de acuerdo con este indicador. En contraste, el mismo programa pudiera haber impartido cinco cursos de repaso para trabajadores de distribución comunitaria. Pero si esto representó sólo la mitad del número estipulado en el plan de capacitación, entonces el desempeño se evaluaría en consecuencia.

Este indicador presupone que el plan de capacitación se elaboró tomando como base una evaluación adecuada de las necesidades para la situación local. Si no fue así, entonces los resultados de este indicador serían de valor dudoso.

Capacitación

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE CURSOS EN LOS QUE LA METODOLOGIA DOCENTE ES APROPIADA PARA LA TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS

Definición

"Metodología de capacitación" se refiere a la serie de técnicas y enfoques utilizados en el evento; "aptitudes y conocimientos" son específicos para cada curso o evento.

Datos necesarios

Lista de todos los eventos de capacitación; objetivos para cada evento; y mecanismos de evaluación específico para cada evento.

Fuente o fuentes de datos

Formularios de evaluación del curso completados por los participantes o notas de un observador experto contratado para evaluar las competencias de los participantes.

Finalidad y cuestiones

Este indicador lo utilizan las organizaciones de capacitación para fines de evaluación interna de sus propias actividades. Por ejemplo, si se contratase a un instructor para impartir un curso de competencias clínicas en relación con la inserción de DIU, pero éste sólo diera conferencias, esto se consideraría como una metodología de capacitación poco apropiada para la transferencia de aptitudes.

Las organizaciones de capacitación recopilan habitualmente comentarios de los observadores como parte de la documentación del proyecto. A menudo, los directores del proyecto y otras personas asociadas con la capacitación tomarán nota de este aspecto en los informes que transmiten a la organización.

Este indicador se calcula para cursos de capacitación concretos, pero generalmente no se agrega para varios cursos ya que su fin principal consiste en proporcionar reacciones para mejorar la metodología de capacitación en marcos concretos o temas específicos. Sin embargo, como parte de una evaluación externa, este indicador pudiera calcularse como medida agregada.

Indicador

NUMERO DE PARTICIPANTES POR TIPO

Definición

"Participante" se refiere a un participante en cualquier tipo de evento de capacitación, independientemente de su duración; "tipo" se refiere a diferentes categorías de participantes (por ejemplo, médicos, enfermeras, trabajadores sociales) o a la materia abarcada (por ejemplo, inserción de DIU, inserción del implante NORPLANT7, anticoncepción quirúrgica voluntaria).

Datos necesarios

Número de personas (respaldado por una lista real de los nombres para una eventual verificación posible).

Fuente o fuentes de datos

Registros, mantenidos de ordinario por la División de Capacitación, que se utilizan para fines administrativos durante la capacitación (por ejemplo, distribución del viático) y para fines de seguimiento de los participantes en una fecha posterior.

Finalidad y cuestiones

El indicador sirve como medida bruta de la actividad y puede utilizarse para determinar si el programa o proyecto cumple su meta y/o para seguir el progreso de un año al siguiente. Sin embargo, la "unidad de medición" no es uniforme estrictamente hablando, ya que un "participante" puede haber asistido a un curso por un día mientras que otro participante puede haber asistido al curso por tres meses.

La medida puede mejorarse adicionalmente de varias formas:

- expresando el número de participantes por categoría de capacitación;
- expresando el número de participantes como porcentaje del número programado para capacitación en un año dado;
- expresando el número de participantes como porcentaje del número estimado que se necesita capacitar para cumplir un mandato de un programa nacional, determinado mediante una evaluación sistemática de las necesidades con anterioridad a la iniciación de las actividades de capacitación; y
- expresando el número de participantes que termina con éxito el curso como porcentaje del total que asistió al curso.

Capacitación

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE ADQUIRIERON DOMINIO DEL CONOCIMIENTO IMPARTIDO

Definición

"Dominio del conocimiento" ha de definirse operativamente en términos específicos para un contexto dado. "Dominio" se utiliza convencionalmente en relación con la adquisición de conocimientos. ("Competencia" entraña tanto conocimiento como aptitudes; véase el indicador siguiente.)

Datos necesarios

Lista de individuos; pruebas de dominio de conocimientos.

Fuente o fuentes de datos

Registros administrativos (archivos de capacitación); prueba escrita (por ejemplo, pruebas previas y posteriores de conocimiento).

Finalidad y cuestiones

Este indicador comúnmente utilizado en la evaluación de la capacitación mide la capacidad de los participantes para retener información clave a corto plazo. Una baja puntuación es el reflejo de la falta de idoneidad del curso o la incapacidad de los participantes para absorber la información. Cada organización de capacitación que ha elaborado o que utiliza manuales de capacitación ha identificado el conocimiento que deberá adquirir una categoría de participantes en relación con una materia concreta. Este conocimiento se somete a prueba mediante pruebas antes y después del curso.

Los resultados de las pruebas indican si el participante comprende ciertos puntos clave, aun cuando el número y definición de los puntos clave diferirán según el contexto. Los rubros incluidos en la prueba deberán ser los más pertinentes para un determinado ejercicio de capacitación. Si se utilizan las mismas preguntas en pruebas posteriores, este indicador puede utilizarse para vigilar las tendencias en el curso del tiempo dentro de un programa.

Una limitación con respecto a este indicador es la falta de normalización con respecto a los rubros de estas pruebas. Algunas organizaciones de capacitación tienen una lista de preguntas y animan a las organizaciones del país receptor a adoptarlas para fines de prueba. Pero algunos países optan por redactar sus propias preguntas. Esta falta de normalización hace difícil comparar los resultados de este indicador entre distintos países e, incluso, entre distintos programas dentro de un país dado. Un segundo problema es la falta de normalización con respecto a la palabra "dominio". Por ejemplo, en algunos países, la nota requerida para aprobar pudiera ser del 60%, mientras que en otros la puntuación requerida para aprobar sería del 100%.

A pesar de estas limitaciones, las organizaciones de capacitación utilizan de forma habitual este indicador como medio de controlar la calidad de la capacitación impartida en relación con sus actividades. Por ejemplo, la certificación del curso puede depender de la obtención de un puntaje mínimo, lo que tiene un significado en un país concreto; y, en otros países, los proveedores han de tener un certificado antes de permitírseles proporcionar servicios.

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES COMPETENTES PARA PROPORCIONAR UN SERVICIO ESPECIFICO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

"Competente" se refiere al hecho de que el participante puede proporcionar un servicio de acuerdo con una norma fija, la cual puede diferir según el contexto de capacitación. Así, pues, el evaluador ha de conocer la norma del contexto. El término "competente" lo utilizan las organizaciones de capacitación en referencia a la adquisición de aptitudes; sin embargo, puesto que el conocimiento es generalmente una parte necesaria de la adquisición de una aptitud, el término competencia abarca tanto conocimiento como aptitudes.

Datos necesarios

Evaluación de los participantes contra normas establecidas para un número de tareas de planificación familiar, realizada por un observador experto.

Fuente o fuentes de datos

Lista comprobatoria del observador experto.

Finalidad y cuestiones

Este indicador sirve para medir la competencia técnica de los participantes al concluir la capacitación, o después, con respecto a aptitudes concretas. Denota tanto la idoneidad de la capacitación con respecto a estas aptitudes como la capacidad de los participantes para absorber la información.

A menudo, el instrumento utilizado en esta evaluación es la lista comprobatoria que incluye las aptitudes pertinentes. Se han hecho esfuerzos considerables por normalizar los rubros de la lista comprobatoria. Además, varias organizaciones de capacitación han tratado de normalizar la interpretación de cada rubro en la lista (por ejemplo, lo que constituye un desempeño satisfactorio en relación con dicho rubro).

Sin embargo, al nivel de campo no siempre hay uniformidad de criterio de los evaluadores para definir la competencia. Algunos programas esperan un grado del 100% antes de que se juzgue al participante competente en una serie de aptitudes, mientras que otra organización pudiera considerar competente a la persona si sólo realiza correctamente 50% de las tareas. En algunos casos, pueden no existir normas locales para la provisión de servicios de planificación familiar, en cuyo caso, pueden utilizarse normas internacionales.

La evaluación de la competencia es generalmente más compleja que las pruebas del conocimiento (véase el indicador precedente). Sin embargo, estos rubros de aptitudes son a menudo más importantes para la calidad de la atención que los rubros de conocimiento más exactamente mensurables y, por tanto, son esenciales para la evaluación de las actividades de capacitación.

Capacitación

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE PROVEEDORES CALIFICADOS COMO COMPETENTES LUEGO DE CIERTO PERÍODO DESDE LA CAPACITACION

Definición

"Proveedores" se refiere a individuos que han participado en uno o más eventos de capacitación.

"Competente" se definió en el indicador precedente con respecto a una aptitud concreta (por ejemplo, inserción de un DIU, extracción de un implante NORPLANT7)

Datos necesarios

Especificación de la aptitud (por ejemplo, inserción de DIU, extracción del implante NORPLANT7 y normas establecidas para la aptitud).

Evaluación del nivel de aptitudes de proveedores capacitados por un observador experto.

Fuente o fuentes de datos

Normas nacionales para la provisión de servicios y lista comprobatoria y notas del observador experto.

Finalidad y cuestiones

Este indicador es útil para determinar la retención de aptitudes adquiridas durante la capacitación y para identificar a posibles candidatos para una capacitación de refuerzo. Mide tanto la idoneidad de la capacitación para impartir estas aptitudes como la capacidad de los participantes para asimilar la información.

Si un proveedor capacitado no retiene las aptitudes adquiridas, es importante explorar las razones, una de las cuales pudiera ser la falta de práctica continua debido a baja carga de clientes. En realidad, este indicador denota menos la calidad de la capacitación que el entorno de trabajo posterior de la capacitación (por ejemplo, tipo y frecuencia de supervisión, demanda de las aptitudes).

A la inversa, un proveedor puede mejorar su competencia mediante la realización continua de la tarea durante los meses siguientes a la capacitación. Siguiendo el lenguaje de las organizaciones de capacitación, el término "idóneo" puede utilizarse para describir a una persona que ha retenido o incluso ha mejorado una aptitud concreta como resultado de la práctica continua en el curso de la provisión habitual del servicio.

La evaluación de los participantes en un determinado período después de la capacitación puede ampliarse de forma que incluya una prueba de su conocimiento en relación con temas pertinentes para la planificación familiar. Los rubros en dicha prueba serían similares a los utilizados para evaluar "el dominio del conocimiento" al final del curso.

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE APLICAN LAS APTITUDES A SU TRABAJO POSTERIOR

Definición

"Aptitudes" han de definirse operativamente de forma concreta para el cargo y las normas locales.

Datos necesarios

Lista de aptitudes pertinentes, específicas para el cargo del proveedor capacitado; pruebas de utilización de las aptitudes.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas sobre el servicio con respecto al número de procedimientos realizados; estudios de seguimiento entre los proveedores capacitados.

Finalidad y cuestiones

Este indicador es especialmente útil para determinar la utilidad de la capacitación para los participantes en su trabajo posterior. Análogamente, mide el rendimiento de la inversión hecha por la organización que patrocinó la capacitación. Expresado en otros términos, este indicador mide el porcentaje de personal capacitado que en realidad trabaja en el campo para el que se capacitó.

Si la aptitud en cuestión es un procedimiento clínico concreto, tal como la inserción del implante NORPLANT7, entonces las estadísticas de servicio sobre el número de implantes NORPLANT7 insertados servirían como prueba de que se había aplicado la aptitud.

Sin embargo, en muchos casos, la "aplicación de las aptitudes" pudiera ser menos tangible, tal como en la asesoría de clientes de planificación familiar. Es de esperar que la asesoría mejorada resulte en un número mayor de clientes y en una tasa de retención más alta entre los clientes. Sin embargo, dichas medidas concretas también se ven afectadas por numerosos otros factores (tales como transferir a un participante del servicio de planificación familiar al control del paludismo). En tales casos, debe entrevistarse a los proveedores capacitados para determinar qué aspectos de la capacitación se pusieron en práctica en el trabajo.

Este indicador denota menos la calidad de la capacitación que: (1) la idoneidad del proceso de selección (por ejemplo, fue apropiada la persona enviada a la capacitación); y (2) la demanda de estas aptitudes en un entorno de provisión de servicios en particular. Presupone que el sistema puede absorber a los proveedores recién capacitados y que puede proporcionarles oportunidades de servicio para utilizar sus aptitudes. Sin embargo, los estudios de seguimiento de los proveedores capacitados pueden poner de relieve que NO están aplicando sus aptitudes si: (1) después de la capacitación, se les traslada a otro cargo donde no pueden aplicar sus aptitudes; o (2) existe baja demanda para la aptitud para la que recibieron capacitación (por ejemplo, vasectomía en ciertos países).

SUMINISTROS Y ASPECTOS LOGISTICOS

- Desperdicio en la cadena de suministro
- Porcentaje de la capacidad de almacenamiento que satisface normas aceptables
- Frecuencia de agotamiento de suministros
- Porcentaje de puntos de provisión de servicios (POS) abastecidos de acuerdo con el plan
- Porcentaje de personal clave capacitado en aspectos logísticos de anticonceptivos
- Indicador compuesto de suministros y aspectos logísticos

El sistema para proporcionar cantidades adecuadas de anticonceptivos y suministros afines a los puntos de provisión de servicios (POS) del programa constituye un elemento vital de las operaciones de provisión de servicios de planificación familiar. La gestión eficiente de los aspectos logísticos requiere atención a CINCO "ADECUADOS": la cantidad adecuada de artículos de calidad adecuada enviados al lugar adecuado en el momento adecuado al costo adecuado. En el marco conceptual esbozado en la Figura III-1 se ilustra el papel de la gestión del sistema de suministros y aspectos logísticos en transformar el insumo del programa y los donadores (en forma de productos anticonceptivos y financiamiento) en la producción programática (acceso a los servicios, calidad e imagen del programa).

Al considerar los indicadores para el área funcional, inicialmente se concentró la atención en áreas clave o subsistemas de las operaciones del sistema de suministros y aspectos logísticos. Se elaboró una lista de indicadores sobre esta base y se presentó al Grupo de Trabajo sobre Suministros y Aspectos Logísticos en su reunión inicial (Proyecto EVALUACION, 1992a). En esta reunión, hubo consenso general de que la elaboración de indicadores para los sistemas de suministros y aspectos logísticos se hallaba en una etapa relativamente inicial en comparación con algunas otras áreas funcionales de la provisión de servicios. Varias agencias colaboradoras representadas en la reunión declararon que no tenían en el presente indicadores específicos en esta área funcional.

Al repasar los indicadores propuestos en las dos primeras reuniones del Grupo de Trabajo y durante el período intermedio, se observaron dos problemas. Primero, habría de tomarse en cuenta un número bastante grande de factores o características a fin de evaluar de forma adecuada el estado o nivel de desempeño de los sistemas logísticos. Segundo, la gran mayoría de estos factores o características eran de índole cualitativa y los intentos por cuantificarlos resultaron difíciles y tendían, en el intento, a producir la pérdida de aspectos clave de sistemas de gestión logística en que funcionaban bien.

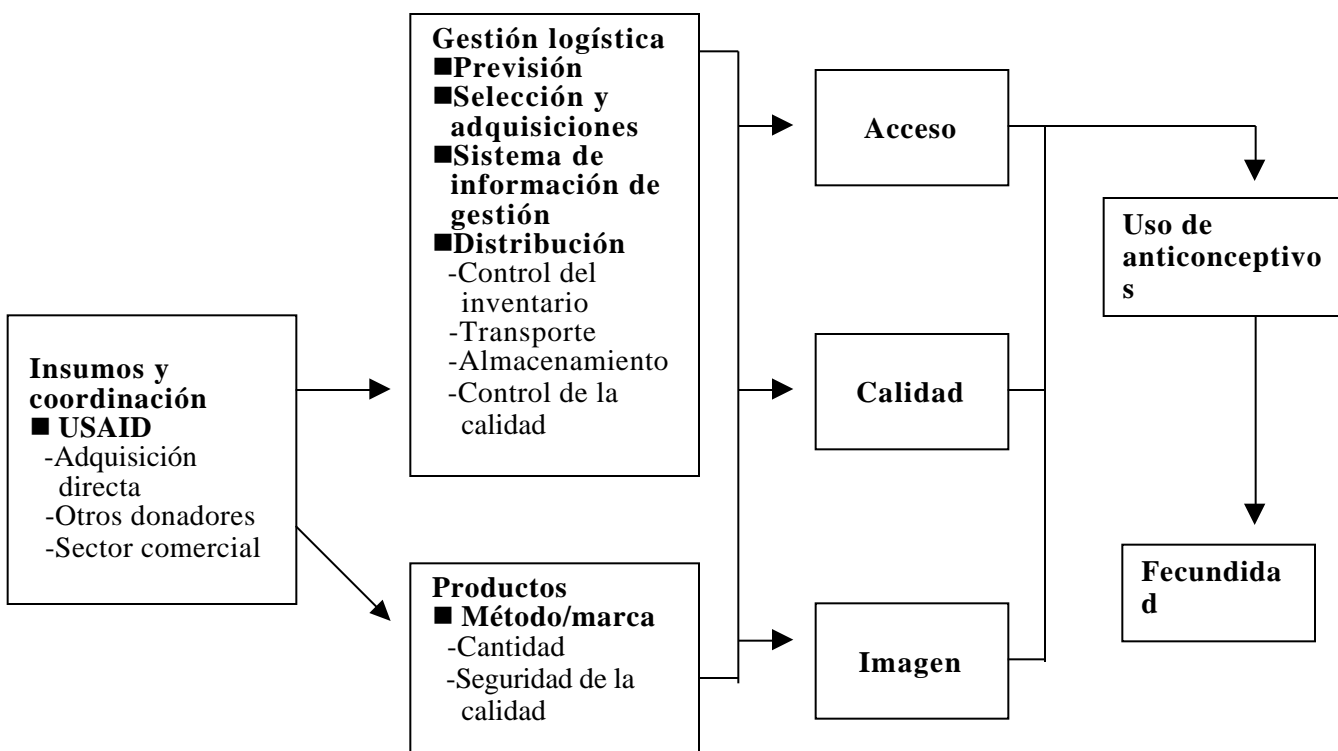
Tomando como base estas observaciones, en la segunda reunión del Grupo de Trabajo se llegó a una decisión de seguir adelante: (1) identificando un pequeño número de indicadores individuales que pudieran cuantificarse apropiadamente; y (2) formulando un índice compuesto general que resumiese en una sola medida los numerosos elementos o dimensiones, tanto cuantitativos como cualitativos, que se pensaba contribuían a sistemas de suministros y aspectos logísticos que funcionasen bien (Proyecto EVALUACION, 1993a). El modelo para la elaboración del indicador compuesto fue el índice de esfuerzo del programa formulado por Lapham y Mauldin (Lapham y Mauldin, 1984). Cabe advertir que el indicador compuesto resultante para suministros y aspectos logísticos está sujeto a la mismas preocupaciones relativas al nivel de objetividad que el índice de esfuerzo del programa.

En los debates del Grupo de Trabajo se subrayó la necesidad de cautela al interpretar indicadores individuales en el área funcional de suministros y aspectos logísticos, ya que existe la posibilidad muy real de que los indicadores pudieran enviar "señales conflictivas"; por ejemplo, a fin de evitar agotamiento de existencias, pudiera animarse a los proveedores de servicios a racionar los suministros, socavando así el objetivo final del programa. Los indicadores también pudieran operar de forma contraintuitiva a medida que maduran los sistemas de suministros y aspectos logísticos. Por ejemplo, el volumen de desperdicio aparente del sistema pudiera aumentar a medida que los programas mejoran su capacidad de seguir el desperdicio ocurrido en el sistema. Así, pues, parece que los indicadores individuales en esta área funcional necesitan evaluarse en combinación con otros indicadores y con el índice compuesto a fin de utilizarlos con prudencia.

En resumidas cuentas, cabe reiterar que el trabajo relacionado con la elaboración de indicadores para esta área funcional se halla en una etapa inicial. Se espera que las actividades futuras se concentren en la factibilidad de utilización de los indicadores propuestos, en cuestiones de la objetividad de las mediciones y en la elaboración de indicadores para dimensiones de gestión de suministros y aspectos logísticos que no han sido abordados satisfactoriamente con la serie propuesta de indicadores.

Figura III-1

Marco conceptual del efecto de las actividades de suministros y aspectos logísticos sobre la fecundidad



Productos

Indicador

DESPERDICIO EN LA CADENA DE SUMINISTRO

Definición

La razón de suministros anticonceptivos que se desperdician con respecto a la cantidad entregada a los clientes durante un periodo de tiempo especificado (por ejemplo, un año).

"Desperdicio" se refiere a los suministros que expiran, que se dañan o se pierden.

Datos necesarios

Cantidades de productos entregados a los clientes durante el periodo, cantidades expiradas o dañadas, estimaciones de pérdidas.

Fuente o fuentes de datos

Sistemas de información de gestión de suministros y aspectos logísticos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida general de la eficiencia del sistema de suministros y aspectos logísticos, indicando las deficiencias en algunos de los componentes clave de las operaciones del sistema. Sin embargo, el indicador no proporciona información sobre el componente o componentes responsables de las deficiencias observadas.

Un sistema logístico deficiente no tendrá la información requerida para calcular este indicador.

Se prevé algún nivel de desperdicio incluso en los mejores sistemas. Así, pues, no se prevé que el indicador llegue jamás a cero. Sin embargo, se considera que una pequeña cantidad de desperdicio es preferible a la alternativa de agotamiento ocasional (o frecuente) de existencias.

Indicador

PORCENTAJE DE LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO QUE SATISFACE NORMAS ACEPTABLES

Definición

El porcentaje de la capacidad de almacenamiento total disponible para el programa que satisface normas aceptables con respecto a temperatura, humedad, ventilación, etc.

Datos necesarios

La capacidad de almacenamiento total y las estimaciones de la capacidad que satisfacen las normas.

Fuente o fuentes de datos

La información sobre la capacidad de almacenamiento total debería poderse obtener del sistema de información de gestión de suministros y aspectos logísticos.

El porcentaje de la capacidad de almacenamiento total que satisface las normas tendrá que estimarse mediante evaluaciones periódicas in situ a cargo del personal supervisor de alto nivel u otras personas con experiencia en gestión logística.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida general de la suficiencia de las instalaciones de almacenamiento del programa para productos anticonceptivos.

El indicador podría aplicarse en cada nivel del sistema de suministros y aspectos logísticos (es decir, a los niveles central, de distrito y de clínica) a fin de proporcionar una evaluación más detallada de la situación de almacenamiento de productos del programa en diferentes niveles.

Sin embargo, cabe advertir que las necesidades de almacenamiento difieren según el método; por ejemplo, los preservativos requieren más espacio de almacenamiento por APP que los DIU. Así, pues, el indicador da más peso al almacenamiento de los preservativos que al almacenamiento de métodos que requieren menos espacio.

La evaluación de la suficiencia de las instalaciones de almacenamiento deberá tomar en cuenta la lista comprobatoria siguiente de 19 puntos para almacenamiento apropiado:

1. Limpiar y mantener regularmente la sala de almacenamiento.
2. Mantener el tejado para evitar goteras.
3. Asegurar la bodega contra penetración de agua.
4. Ventilar bien la bodega.
5. Iluminar bien la bodega.
6. Desinfectar y fumigar regularmente la bodega para eliminación de insectos.
7. Almacenar los suministros de forma que no estén en contacto directo con la luz solar.
8. Almacenar los cartones abiertos de preservativos y guantes de goma alejados de los motores eléctricos y las luces fluorescentes.

Productos

9. Almacenar los suministros a 4 pulgadas (10 cm) del suelo por lo menos, preferiblemente en paletas fabricadas de madera o de metal.
10. Almacenar los suministros a 1 pie (0,3m) por lo menos de las paredes y de otras pilas de suministros.
11. Separar los suministros por lotes y de forma accesible para entrega, contabilización y gestión general según el sistema de "el primero que expira, el primero que sale" (FEFO).
12. Apilar los suministros hasta un máximo de 8 pies (2,5 m) de altura.
13. Ordenar los cartones de forma que las marcas de identificación y otros rótulos sean visibles.
14. Entregar los suministros por lotes de cajas o cartones.
15. Asegurar que se dispone de equipo antiincendios y que éste está en un lugar accesible.
16. Hacer la bodega accesible en todo momento.
17. Separar y deshacerse de los suministros dañados y desechados sin pérdida de tiempo.
18. Almacenar insecticidas y productos químicos alejados de otros suministros.
19. Almacenar los archivos viejos, los materiales de información y materiales relativos en un lugar separado.

Indicador

FRECUENCIA DE AGOTAMIENTO DE SUMINISTROS

Definición

El porcentaje de puntos de provisión de servicios (POS) que experimentaron agotamiento de suministros de cualquier método o marca durante los últimos 12 meses.

Datos necesarios

Información sobre la frecuencia de agotamiento de suministros para todos los POS.

Fuente o fuentes de datos

Sistema de información de gestión de suministros y aspectos logísticos; informes de los supervisores o del personal.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida del grado en el que los POS no han podido servir a los clientes con la gama completa de servicios o métodos anticonceptivos autorizados durante el pasado año debido a suministros inadecuados. Sería deseable disponer de un indicador más sensible, pero se considera que otras posibles especificaciones presentan problemas en la recolección y agregación de la información por método y marca.

Bajo la definición de agotamiento de suministros adoptada para este indicador, se juzga que ocurre agotamiento cuando un POS no tiene suministros de una marca en particular aun cuando haya suministros de otras marcas para el mismo método.

Hay que tener cuidado al interpretar este indicador puesto que los trabajadores de planificación familiar pueden evitar agotamiento de suministros racionando los suministros.

Productos

Indicador

PORCENTAJE DE PUNTOS DE PROVISION DE SERVICIOS (POS) ABASTECIDOS DE ACUERDO CON LOS PLANES

Definición

El porcentaje de POS con reservas de suministros entre el mínimo y el máximo calculado para cada POS en un momento dado.

Datos necesarios

Niveles mínimos y máximos de existencias para cada POS, niveles reales de existencias en un determinado momento.

Fuente o fuentes de datos

El sistema de información de gestión de suministros y aspectos logísticos debería proporcionar los niveles de existencias mínimos y máximos.

Los datos sobre los niveles reales de existencias pueden obtenerse mediante análisis periódicos de los POS por muestreo.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida general de la eficiencia de los componentes de previsión y distribución del sistema de suministros y aspectos logísticos, pero no facilita información sobre los componentes responsables de las deficiencias observadas.

El indicador presupone que está instituido un sistema mínimo y máximo para los POS. En dicho sistema, los niveles mínimos y máximos se establecen tomando como base las cantidades entregadas a los clientes durante períodos previos. El nivel mínimo de existencias es el nivel por debajo del cual las existencias no deberían descender sin haberse hecho un pedido. El nivel máximo de existencias es el nivel por encima del cual los inventarios no deberían aumentar en circunstancias normales.

Indicador

**PORCENTAJE DE PERSONAL CLAVE CAPACITADO
EN ASPECTOS LOGISTICOS DE ANTICONCEPTIVOS**

Definición

El porcentaje de empleados clave del programa que han recibido capacitación en aspectos de gestión logística pertinentes para su función/cargo.

"Empleados clave" se definen como las personas que tienen responsabilidad importante de la adquisición, almacenamiento, distribución y dispersión de los anticonceptivos.

Datos necesarios

Recuentos del número total de "empleados clave" y del número de empleados capacitados.

Fuente o fuentes de datos

Registros del programa.

Finalidad y cuestiones

Este, nuevamente, es un indicador bruto de la formación del personal puesto que no proporciona información sobre la calidad de la capacitación y el grado en el que ha mejorado el desempeño como resultado de la capacitación. Sin embargo, es preferible a los indicadores tales como "el número de personas capacitadas por año" o "el número de sesiones de capacitación celebradas", puesto que los niveles ideales de estos indicadores variarán de acuerdo con las necesidades programáticas.

Productos

Indicador

INDICADOR COMPUESTO DE SUMINISTROS Y ASPECTOS LOGISTICOS

Definición

Un índice compuesto general del estado del sistema para realizar actividades relacionadas con los suministros y aspectos logísticos.

Datos necesarios

"Puntuaciones" al nivel del sistema para cada elemento y rubro del índice (véanse a continuación los detalles sobre los elementos y rubros que comprenden el índice).

Fuente o fuentes de datos

Evaluaciones emprendidas por el personal de alto nivel del programa y otro personal con experiencia en gestión logística.

Finalidad y cuestiones

Tal como se describe en la introducción de esta sección del Manual, la finalidad de este indicador resumido consiste en proporcionar una base para evaluar las actividades de suministros y aspectos logísticos para el sistema como un todo con base en un número manejable de aspectos de la logística los cuales son de naturaleza cualitativa/subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar. Se pretende que este índice lo preparen personas conocedoras de la gestión del sistema logístico como medio de evaluar la condición actual de los sistemas de suministros y aspectos logísticos del programa de la forma más objetiva posible dada la naturaleza inherentemente cualitativa de muchas de las características que se consideran importantes para sistemas que funcionen bien.

El indicador abarca todos los aspectos de los sistemas logísticos y tiene nueve elementos principales:

- Sistema de Información Gerencial de Logística (SIGL),
- previsiones,
- adquisiciones,
- almacenamiento,
- distribución,
- dotación de personal y capacitación,
- cuestiones normativas,
- cuestiones relacionadas con los donadores y
- organización.

A continuación se presentan los rubros específicos de cada elemento. Cada rubro recibirá una puntuación de acuerdo con una escala como 0-1 ó 0-3, en la que una puntuación de 0 indica la ausencia o falta completa de actividad y la puntuación más alta del rubro indica que la actividad se lleva a cabo completa y correctamente. Las puntuaciones intermedias indican distintos grados de calidad y de integridad. Todos los rubros con un elemento se consolidarán para producir una puntuación total del elemento. Las puntuaciones para todos los grupos principales se consolidarán para producir una puntuación total del indicador. El Grupo de Trabajo sobre Suministros y Aspectos Logísticos formulará valores relativos para diferentes elementos y rubros durante el curso del Proyecto EVALUACION y estos se proporcionarán en la actualización del Manual.

Los indicadores y elementos del índice compuesto que se propone son los siguientes:

1. Sistema de Información Gerencial de Logística (SIGL)

- Tiene los elementos básicos de un SIGL: balance de inventario inicial, suministros recibidos, suministros entregados, balance de inventario final y pérdidas.

- Registros de comprobaciones cruzadas: publica datos con los suministros recibidos, publica datos con las estadísticas sobre servicios, datos logísticos con datos de encuestas, auditorías de campo, etc.
 - Utiliza el sistema SIGL para pronosticar la necesidad de suministros y para pedirlos.
 - Proporciona reacciones del SIGL a estaciones en niveles inferiores del sistema de distribución.
2. Previsiones
- Prepara previsiones periódicas, por método y marca.
 - Las previsiones se vinculan a los programas cronológicos de adquisiciones (nota: los programas cronológicos de adquisiciones, o ciclos, varían según factores tales como la ubicación de los proveedores, la fuente de financiamiento, etc.).
 - Las previsiones se incorporan en los análisis de costos y la planificación presupuestaria.
 - Las previsiones se verifican comparándolas con las estimaciones del consumo real.
 - Las previsiones están a cargo de personal interno, no de asesores externos.
3. Adquisiciones
- Dispone de nombres y programas de envío para todos los donadores y proveedores principales.
 - Coordina las actividades de todos los proveedores.
 - Mantiene conversaciones con los fabricantes o distribuidores comerciales en relación con una mayor coordinación y participación del sector comercial.
 - Adquiere suministros de fuentes múltiples.
4. Almacenamiento
- Utiliza el sistema Ael primero que expira es el primero que sale@ o algún otro sistema aceptado de gestión del inventario.
 - Realiza un inventario físico anual.
 - Tiene y utiliza pautas escritas apropiadas para el almacenamiento y manipulación apropiados de los suministros.
 - Cuantifica la calidad del producto, con pruebas de preservativos, inspección visual y destrucción de las existencias expiradas o dañadas.
 - Supervisa las pérdidas del sistema e investiga las pérdidas no habituales.
 - La capacidad de almacenamiento es suficientemente amplia para las necesidades.
 - Las condiciones de almacenamiento satisfacen normas aceptables.
5. Distribución
- Tiene un plan de distribución y calendario apropiados para surtir de productos a los POS (por ejemplo, mínimo/máximo, de nivel superior, etc.).
 - Los POS se surten de acuerdo con el plan.

Productos

- Pocos POS experimentaron agotamiento de existencias durante el año precedente.
 - No tiene un desperdicio excesivo en la cadena de suministro.
6. Dotación de personal
- El puesto de Jefe de Logística Encargado lo ocupa una persona dedicada exclusivamente a dicho cargo (es decir, no comparte otras responsabilidades) y es equivalente a los jefes de unidades funcionales.
 - Porcentaje de personal clave que ha recibido capacitación en aspectos logísticos de anticonceptivos.
 - Dispone de un plan apropiado de capacitación que se utiliza.
7. Cuestiones normativas
- Mantiene conversaciones con los órganos normativos en relación con las metas programáticas y la planificación logística.
8. Organización
- Tiene políticas y procedimientos escritos de forma que las actividades puedan continuar sin traba cuando se produce un cambio de personal.
 - Ocupa una posición apropiada en el organismo gubernamental al que pertenece. Esto incluye la existencia de una unidad de suministros y aspectos logísticos; la unidad es respetada por su función importante; se asignan a la unidad recursos adecuados.
 - La unidad tiene la capacidad de coordinar cuestiones logísticas dentro del gobierno, incluido, por ejemplo, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas, etc.
 - La supervisión de los aspectos logísticos se efectúa de forma rutinaria.
9. Donadores
- Tiene una buena comprensión del papel que desempeñan los distintos donadores y sus intenciones futuras.
 - Mantiene una coordinación estrecha de los planes para los distintos donadores.

INFORMACION-EDUCACION-COMUNICACION (IEC)

- Número de comunicados producidos, por tipo, durante un período de referencia
- Número de comunicados diseminados, por tipo, durante un período de referencia
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a los mensajes del programa, con base en informes retrospectivos de los encuestados
- Porcentaje del grupo objetivo que comprende correctamente un mensaje dado
- Número de métodos anticonceptivos conocidos
- Porcentaje del grupo objetivo que adquiere la aptitud de realizar una determinada tarea como resultado de su exposición a una comunicación concreta
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a un mensaje concreto que declara que le gusta el mensaje
- Número y porcentaje del grupo objetivo que discute el mensaje o mensajes con otras personas, por tipo de persona
- Porcentaje del grupo objetivo que propugna la práctica de la planificación familiar

De las diferentes áreas funcionales, la información-educación-comunicación(I-E-C) es a menudo la más visible para el público en general. Literalmente, millones de personas pueden ver y oír los frutos de las actividades de la I-E-C en forma de promoción de la planificación familiar a través de los medios de información. A menudo, la División de I-E-C está a cargo de las actividades de educación de la comunidad y de extensión, que constituyen uno de los medios principales a disposición del programa para comunicarse con la población beneficiaria. Además, la I-E-C tiene posibilidades de influir directamente en el uso de la planificación familiar captando nuevos usuarios para los servicios, reforzando el uso continuo de los anticonceptivos de quienes han adoptado la anticoncepción o modificando las normas en cuanto a la dimensión de la familia.

Consecuentemente, ha habido más interés en tratar de evaluar la eficacia de la I-E-C que de las otras áreas funcionales de planificación familiar. Hacia tal fin se han empleado dos diseños principales: el diseño de grupo de control antes y después de las pruebas (o grupo de comparación no equivalente) y el diseño de serie cronológica. Entre los ejemplos de tales estudios figuran los de Coeytaux et al. (1987) y Piotrow et al. (1990). Cabe subrayar que estos mismos diseños podrían utilizarse para evaluar la eficacia de actividades en otras áreas funcionales pero, históricamente, la I-E-C ha sido el objeto principal de dicha investigación.

Para que la comunicación persuasible logre su objetivo, ha de evocar en la persona a la que va destinada una serie de subpasos de comportamiento relacionado con la información-procesamiento (McGuire, 1989). De acuerdo con la teoría clásica de difusión, la persona pasa a través de un "proceso de innovación-decisión" compuesto de cuatro etapas: conocimiento, persuasión, decisión y confirmación (Rogers, 1973). Adaptando modelos previos, los Servicios de Comunicación de Población describen el proceso utilizando una jerarquía de efectos de comunicación modelo, que traza los pasos mediante los cuales se prevé que el programa de comunicaciones surte su efecto; así, pues, cada paso sirve como indicador para evaluar las intervenciones de I-E-C (Kincaid et al., 1993).

Dada esta jerarquía de efectos, pudiéramos preguntar por qué este capítulo no incluye un indicador sobre "el número y porcentaje de personas que actúan en relación a un mensaje de I-E-C", como por ejemplo,

Información-Educación-Comunicación

buscando servicios. Si bien las actividades de I-E-C son la clave para las etapas de conocimiento y persuasión, factores distintos de los de I-E-C también pueden desempeñar un papel en la decisión propiamente dicha de buscar servicios e iniciar el uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, ha de haber lugares de servicio de fácil acceso para el posible cliente, los cuales dispongan de personal capacitado y suministros adecuados de anticonceptivos. Los indicadores para la etapa de ejecución (tal como se ilustra en la Figura III-3) se describen en secciones posteriores de este Manual (concretamente, en el Capítulo 7 sobre utilización de los servicios y en el Capítulo VIII sobre utilización de los anticonceptivos) y no se consideran específicos de la I-E-C.

La mayoría de los indicadores para las otras áreas funcionales que se describen en este capítulo dependen de datos basados en los programas. En contraste, la mayoría de los indicadores de I-E-C requieren datos basados en la población (porcentaje de personas del grupo objetivo expuestas a los mensajes de planificación familiar, porcentaje que declaran gustarles el mensaje, porcentaje que comprenden correctamente un mensaje dado, etc.). Si bien otras áreas funcionales utilizan indicadores del proceso y resultado como mediciones primarias para supervisar sus actividades, la evaluación de los programas de I-E-C se concentra, en vez de ello, en los efectos. (Para un análisis más detallado de este aspecto, véase Tsui y Gorbach, 1993). Hasta la fecha, esta clase de información se ha obtenido principalmente mediante encuestas especiales diseñadas para tal finalidad. Sin embargo, se prevé que el cuestionario para la EDS III incluya cierto número de rubros de I-E-C que proporcionen datos a nivel nacional en relación con determinadas variables.

Figura III-3

Jerarquía de efectos de comunicación

Etapa de conocimiento	<ol style="list-style-type: none">1. Recuerda los mensajes de planificación familiar (espontáneamente y con ayuda).2. Comprende correctamente el mensaje de planificación familiar.3. Tiene el conocimiento y las competencias requeridas para practicar eficazmente la planificación familiar.
Etapa de persuasión	<ol style="list-style-type: none">4. Le gusta y aprueba los mensajes de planificación familiar.5. Habla del contenido del mensaje y de la planificación familiar con su cónyuge y amigos.6. Tiene una imagen positiva de los proveedores de servicios de planificación familiar y anticonceptivos modernos.
Etapa de decisión	<ol style="list-style-type: none">7. Piensa buscar información y asesoría sobre planificación familiar de los proveedores de servicios.8. Piensa utilizar los anticonceptivos para espaciar los hijos o limitar la dimensión de la familia.
Etapa de ejecución	<ol style="list-style-type: none">9. Busca información y asesoría sobre planificación familiar de proveedores de servicios.10. Continúa utilizando el método de planificación familiar eficaz y apropiado.
Etapa de confirmación	<ol style="list-style-type: none">11. Reconoce el beneficio del uso de los anticonceptivos, el espaciamiento de los hijos y una dimensión reducida de la familia para sí mismo, para su familia y para su comunidad.

Fuente: Kincaid et al., 1993

Información-Educación-Comunicación

Indicador

NUMERO DE COMUNICADOS PRODUCIDOS, POR TIPO, DURANTE UN PERÍODO DE REFERENCIA

Definición

"Comunicados" se refiere a uno o más mensajes presentados como un rubro único en un medio electrónico, impreso u otro medio tangible (por ejemplo, anuncio breve por radio, cartel, folleto, vídeo, etc.).

Datos necesarios

Lista de rubros producidos en el período de tiempo dado (por ejemplo, un año).

Fuente o fuentes de datos

Registros administrativos.

Finalidad y cuestiones

Esta lista constituye un inventario interno para el programa o proyecto, realizado en general por clase de comunicación. Este inventario denota la capacidad del programa para generar materiales y, por tanto, sirve para crear un sentido de responsabilidad entre los empleados de I-E-C a cargo de la producción. Sin embargo, es una medida muy aproximada ya que no denota la frecuencia o alcance de la difusión de cada comunicación ni mide la calidad de los rubros producidos.

Indicador

NUMERO DE COMUNICADOS DISEMINADOS, POR TIPO, DURANTE UN PERÍODO DE REFERENCIA

Definición

"Diseminado" se refiere a: (a) la transmisión externa o distribución de los comunicados producidos a través de medios electrónicos, impresos o de otra índole; y (b) las actividades interpersonales o eventos de relaciones públicas ejecutados.

Datos necesarios

La lista de comunicados emitidos durante un determinado período de tiempo (por ejemplo, un año).

Fuente o fuentes de datos

Cuaderno de bitácora de estaciones de radio y televisión referentes al número de transmisiones de cada anuncio o programa; datos de los registros de la División de I-E-C sobre el número de carteles o folletos distribuidos a los puntos de provisión de servicios (POS); datos de los registros del programa en los POS en relación con el número de folletos distribuidos a los clientes, charlas educativas dictadas, visitas de extensión por los empleados del programa, etc.

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la productividad de la división de I-E-C, concretamente la cantidad y tipo de comunicaciones diseminadas (independientemente de si alguien las ve o escucha, las comprende y actúa sobre ellas). "Dar salida al mensaje" es una actividad necesaria (aunque no suficiente) para iniciar a los miembros de la población objetivo en la jerarquía de efectos que se ilustra en la Figura III-3.

Los programas de I-E-C bien planificados tienen generalmente un plan para la difusión de comunicaciones que presentan la lista de tipos de comunicaciones y el número de cada tipo que se va a divulgar. Este plan sirve de objetivo que deberá lograrse durante el período de referencia. Es especialmente útil interpretar el número de comunicaciones realmente diseminadas en relación con el número fijado como objetivo.

En condiciones ideales, uno formularía entonces la pregunta que abarca el indicador siguiente, ") Cuán eficaces fueron los mensajes en llegar a la población objetivo?"

Información-Educación-Comunicación

Indicador

PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO EXPUESTO A LOS MENSAJES DEL PROGRAMA, CON BASE EN INFORMES RETROSPECTIVOS DE LOS ENCUESTADOS

Definición

"Exposición" se refiere a la capacidad de una persona de recordar haber visto o haber oído los mensajes divulgados por el programa de planificación familiar u otra fuente a través de canales electrónicos, impresos o interpersonales. El mensaje o mensajes pueden ser una frase concreta (por ejemplo, el lema de una campaña en curso) o cualquier mención de la planificación familiar.

Datos necesarios

Recuento de los canales de comunicación a través de los que la persona ha visto u oído un mensaje concreto o cualquier mensaje acerca de la planificación familiar.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta (de preferencia con una muestra al azar) de la población objetivo.

Finalidad y cuestiones

El recuerdo de mensajes concretos proporciona una medida del alcance de una determinada campaña de comunicación. ("La exposición" y "el alcance" de un programa de comunicaciones son conceptos equivalentes). Por ejemplo, en un proyecto de motivación de los hombres en Zimbabwe, se estimó que 52% de la población objetivo se halló expuesta a los mensajes del proyecto (Piotrow et al., 1992).

En contraste, la exposición a "cualquier mensaje" acerca de la planificación familiar proporciona una medida aproximada pero útil del grado en el que se ha informado al público acerca de la planificación familiar a través de los medios de información, bien mediante los mensajes de promoción producidos por el gobierno o por la asociación privada de planificación familiar o mediante artículos de noticias acerca de métodos concretos. Por ejemplo, de los datos de la EDS es posible obtener un porcentaje de la población que se ha hallado expuesta a cualquier mensaje de planificación familiar. Los países que tienen una programación agresiva a través de los medios de información sobre la planificación familiar tienden a recibir una alta puntuación en relación con esta medida. En contraste, las poblaciones que han permanecido cerradas a la planificación familiar, debido a falta de interés o barreras de idioma, tienden a recibir una puntuación baja.

Con frecuencia se utilizan dos tipos de recordatorios: espontáneo y asistido (de forma análoga a las preguntas sobre el conocimiento de los métodos de planificación familiar en la EDS). Específicamente, luego de que el encuestado ha mencionado espontáneamente todos los mensajes que recuerda, se le pregunta si a oído uno o varios mensajes concretos no mencionados espontáneamente. Este tipo de "recordatorio" se llama a veces "reconocimiento". Puesto que de ordinario hay varios mensajes en una campaña de I-E-C, las respuestas relativas a los mensajes concretos son: (a) en algunos casos ponderados más fuertemente para recordatorio no asistido frente a asistido y, luego, (b) resumidos en una variable continua (Kincaid, 1992).

Indicador

PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO QUE COMPRENDE CORRECTAMENTE UN MENSAJE DADO

Definición

En términos operativos, el porcentaje de personas que, tras haber escuchado un mensaje concreto, puede repetir correctamente la idea principal.

Datos necesarios

Respuesta de los encuestados en una encuesta de prueba previa o postdifusión.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta (de preferencia con una muestra tomada al azar) de la población objetivo.

Finalidad y cuestiones

Este indicador es útil para asegurar que los mensajes que se están divulgando son comprendidos realmente por la población objetivo. En condiciones ideales, todos los mensajes deberán someterse a prueba para comprensión (así como con respecto a otras dimensiones) antes de la producción definitiva. Sin embargo, incluso si pasan una prueba previa basada en una muestra pequeña, no representativa, de la población, es útil determinar la comprensión una vez que los mensajes están siendo circulados realmente entre los componentes del grupo objetivo.

Es importante recopilar esta información entrevistando a series de individuos en privado (el formato habitual para una encuesta). Los grupos focales no son medios útiles para obtener esta información. Si, por ejemplo, sólo una persona en el grupo conoce la respuesta correcta y esta persona la da, la respuesta contamina inmediatamente el resto del grupo.

Información-Educación-Comunicación

Indicador

NUMERO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS

Definición

El número de métodos anticonceptivos que la persona encuestada puede mencionar espontáneamente o es capaz de reconocer cuando los menciona el entrevistador.

Datos necesarios

En la EDS o encuestas análogas, se pide a la persona encuestada que cite todos los métodos anticonceptivos de los que ha escuchado hablar. Por cada método no mencionado, el entrevistador menciona el método y le pregunta si ha escuchado hablar de dicho método. De esta forma, es posible diferenciar el número dado por *mención espontánea* frente a *recordatorio asistido*. Muy frecuentemente, las dos clases se combinan y se declaran como *el número de métodos conocidos*.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta de la población objetivo (por ejemplo, EDS).

Finalidad y cuestiones

Este indicador refleja el grado en el que la población objetivo está consciente de que existen métodos para evitar el embarazo. Se declaran alternativamente como porcentaje de personas que conocen al menos un método anticonceptivo o el número promedio de métodos conocidos. Si un país está interesado principalmente en el uso de métodos modernos, el indicador puede limitarse a esta categoría de método.

En los países con niveles moderados a altos de prevalencia anticonceptiva, cerca del 100% de la población adulta ha escuchado al menos acerca de un método anticonceptivo, razón por la que este indicador es de poco interés. En contraste, en los países con programas de planificación familiar emergentes, el conocimiento de los métodos anticonceptivos es a menudo el primer indicador basado en la población en "responder" a las intervenciones del programa de planificación familiar (es decir, mostrar un cambio al nivel de población). Mientras los incrementos en el uso de anticonceptivos pueden requerir años, los cambios en el conocimiento pueden ocurrir en cuestión de meses después de la iniciación de una intensa actividad de I-E-C.

Una crítica importante de este indicador es la de que se le llama "conocimiento", pero no mide si el encuestado tiene una comprensión útil del método o métodos de que se trata. Puede acreditarse al encuestado de "conocer" un método si éste asiente con la cabeza cuando el entrevistador lee una lista de una docena de métodos modernos y tradicionales, incluso si el encuestado no tiene idea de qué aspecto tiene el anticonceptivo o cómo se usa. Un nombre más apropiado para este indicador sería el de toma de conciencia de los anticonceptivos, pero los investigadores en todo el mundo han decidido llamar a este bloque de preguntas en las encuestas EDS conocimiento de métodos anticonceptivos.

Se puede poner en tela de juicio la validez de este indicador deduciendo que un encuestado bien puede declarar "reconocer" más métodos de los que ha escuchado hablar realmente para evitar parecer ignorante ante el entrevistador. Aunque esta situación puede ocurrir, hay al menos dos razones para creer que este indicador proporciona realmente un reflejo válido de los niveles de conciencia respecto de la anticoncepción. En primer lugar, en un país dado (especialmente los que tienen niveles de bajos a moderados de prevalencia), los encuestados tienden a conocer los métodos más comúnmente utilizados, pero niegan conocer los menos comunes (por ejemplo, espermicidas, diafragma o vasectomía, según el país). En segundo lugar, el porcentaje de encuestados que conoce al menos un método tiende a aumentar la monotonía en el curso del tiempo, resultado previsible a medida que las poblaciones se familiarizan más con el concepto de la planificación familiar.

Indicador

PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO QUE ADQUIERE LA APTITUD DE REALIZAR UNA CIERTA TAREA COMO RESULTADO DE LA EXPOSICION A UNA COMUNICACION CONCRETA

Definición

La "adquisición" de la aptitud para realizar una tarea significa que el individuo no podía realizarla correctamente antes de haber observado o escuchado el mensaje. La "aptitud" se refiere al comportamiento requerido para utilizar correctamente un anticonceptivo concreto (por ejemplo, tomar la píldora en la secuencia correcta, colocar un preservativo, comprobar los hilos de un DIU, etc.).

Datos necesarios

Definición de los criterios para la realización correcta de la tarea; descripción verbal de cómo realizar la tarea o una demostración propiamente dicha antes y después de la exposición a la comunicación.

Fuente o fuentes de datos

Entrevistas con miembros de la población objetivo expuestos a los mensajes u observación real de la aptitud durante su realización.

Finalidad y cuestiones

Este indicador tiene por fin medir la eficacia de una comunicación dada en enseñar una aptitud, suponiendo que ésta sea la finalidad de la comunicación.

En condiciones ideales, el investigador podrá observar a los miembros del grupo objetivo realizando realmente la tarea. Los informes verbales son menos fiables que la observación real. Por un lado, los encuestados pueden declarar una mayor facilidad en la realización de una tarea que la que realmente tienen; por el otro, los encuestados menos capaces de expresarse pudieran ser más hábiles en realizar la tarea que en explicarla.

Sin embargo, en algunos casos, el enfoque preferido puede depender de las circunstancias (por ejemplo, si la aptitud que se va a aprender es cómo utilizar correctamente un preservativo; la solución de "compromiso" pudiera ser demostrar el uso correcto de un modelo de plástico).

Si bien este indicador es importante como parte de la jerarquía conceptual de efectos, es uno de los más difíciles de aplicar en la práctica. Incluso si el encuestado es capaz de "demostrar" la aptitud en un ejercicio simulado, no puede aplicarla en la vida cotidiana. Además, el equipo de campo que se necesita para evaluar si una persona ha adquirido una aptitud dada puede requerir un nivel más alto de capacitación y experiencia clínica que la que posee el entrevistador corriente. La recopilación de los datos sobre este indicador presenta un reto especial y, por tanto, éste no se utiliza ampliamente en el terreno.

Información-Educación-Comunicación

Indicador

PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO EXPUESTO A UN MENSAJE CONCRETO QUE DECLARA QUE LE GUSTA EL MENSAJE

Definición

"Satisfacción" se define como una respuesta emocional positiva a una comunicación dada, tomando como base la autodeclaración del encuestado.

Datos necesarios

Respuestas a las preguntas hechas en las encuestas, entrevistas a fondo, grupos de expresión o focales, etc.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta (preferiblemente con una muestra al azar) de la población objetivo; grupos de expresión o focales.

Finalidad y cuestiones

Este indicador da una idea de la reacción afectiva de los encuestados a las comunicaciones producidas por el programa de I-E-C. Las comunicaciones que crean una respuesta positiva entre los miembros de la población objetivo son más susceptibles de configurar aptitudes positivas hacia el comportamiento propuesto (por ejemplo, el uso de los anticonceptivos).

Sin embargo, cabe subrayar que puede haber un sesgo de cortesía en la respuesta a esta pregunta, específicamente si los encuestados consideran que el entrevistador trabaja para el programa de planificación familiar.

La encuesta de EDS incluye una pregunta sobre aprobación de los mensajes de planificación familiar, que generalmente se refiere no a un mensaje concreto sino más bien a la idea de utilizar la radio/televisión como cauce para divulgar dichos mensajes. Así, pues, se dispone de esta clase de información para muchos países del mundo. Aunque es diferente de la "actitud hacia la planificación familiar", las dos clases tienden a estar muy correlacionadas.

Indicador

NUMERO Y PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO QUE DISCUTE EL MENSAJE O MENSAJES CON OTRAS PERSONAS, POR TIPO DE PERSONA

Definición

"Tratar el mensaje" se refiere a cualquier conversación después de la exposición a la comunicación en que se menciona la comunicación (anuncio breve, folleto, canción, etc.), sus caracteres o los mensajes. "Tipo de persona" es, entre otros, el cónyuge, el compañero, el familiar, el amigo, etc.

Datos necesarios

Número de personas que hablaron de los mensajes de planificación familiar con otros, como porcentaje de:

- quienes escucharon/vieron los mensajes en cuestión o
- las personas entrevistadas.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta (preferiblemente con una muestra al azar) de la población objetivo.

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide el grado en el que uno o más mensajes a través de los medios de información generan una comunicación interpersonal adicional.

Dentro del campo de la comunicación, se dice a menudo que los medios de información son útiles para crear conciencia y aumentar el conocimiento, pero que la comunicación interpersonal desempeña un papel vital en producir cambio real de comportamiento. Si bien también se ha demostrado que los medios de información pueden surtir un efecto directo en el comportamiento, las campañas que generan una comunicación interpersonal sustancial pueden resultar en un nivel aún mayor de cambio del comportamiento (primero, debido al apoyo social que puede generarse para la idea; segundo, debido a que el mensaje puede transmitirse a otros que no lo escucharon de su fuente original).

El "efecto secundario o derivativo" no es necesariamente positivo. Una campaña que se considere de mal gusto pudiera crear mucha controversia, gran parte de la cual podría ser negativa. (Por otro lado, algunas personas argumentarían que la publicidad --cualquier publicidad-- es útil.)

Información-Educación-Comunicación

Indicador

PORCENTAJE DEL GRUPO OBJETIVO QUE PROPUGNA LA PRACTICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

En términos operativos, el porcentaje de personas que recomiendan la planificación familiar a sus amigos y familiares, incluyendo quizás el llevarles a los servicios de planificación familiar, y aquéllos que defienden o proporcionan algún testimonio público en apoyo de un programa, tal como participar activamente en eventos de la comunidad o fomentar el apoyo de líderes de la comunidad, políticos o de salud para mejorar los servicios mayores de planificación familiar.

Datos necesarios

Número de personas que recomendaron el uso de los servicios de planificación familiar a familiares o amigos o número de personas que participaron en eventos públicos o hablaron públicamente en favor de mejores servicios de planificación familiar como porcentaje de:

- las personas que escucharon o vieron los mensajes en cuestión o
- las personas entrevistadas.

Fuente o fuentes de datos

Encuesta (preferiblemente con una muestra al azar de la población objetivo) o encuestas de organizaciones o grupos concretos que han trabajado en los programas, tales como asociaciones de enfermeras o parteras, asociaciones médicas, organizaciones femeninas u otras instituciones sociales o profesionales organizadas con miembros de la comunidad.

Finalidad y cuestiones

Este indicador que mide el grado en el que el apoyo a la planificación familiar ha dejado de ser ya una práctica privada, individual o incluso tabú entre las personas y se ha convertido en una norma de la comunidad y en una parte valiosa de las actividades comunales.

En el campo de la comunicación, la disposición de un adoptador o defensor de un programa a presentar testimonio público de su apoyo o compromiso constituye una medida de la profundidad del compromiso personal. Las personas que han hablado públicamente en apoyo de una medida (bien se trate de la planificación familiar, del abandono del hábito de fumar o del uso indebido de las drogas) son menos propensas a abandonar su nueva práctica. Al propio tiempo, el acto de hablar públicamente en defensa refuerza el apoyo personal a una determinada práctica. Asimismo, las expresiones de apoyo de usuarios satisfechos realzarán la práctica en la comunidad, y las expresiones de apoyo público en foros de la comunidad aumentarán el apoyo nacional y comunal a los programas a largo plazo. Esta clase de comportamiento no se ha medido con anterioridad, pero puede convertirse en un indicador cada vez más importante en el futuro para medir el apoyo financiero y político local a los programas de planificación familiar y afines.

INVESTIGACION Y EVALUACION

- Presencia de una unidad activa de investigación y evaluación
- Grado de utilización del sistema estadístico de servicios
- Realización de encuestas periódicas de hogares con propósitos múltiples o fines especiales
- Realización de investigación operativa (OR)
- Realización regular de evaluaciones del proceso
- Realización de evaluaciones de la eficacia, productividad e impacto
- Uso de los resultados de la investigación y evaluación para modificar el programa
- Divulgación de los resultados de la investigación y evaluación

Investigaciones previas han demostrado una fuerte asociación entre la realización de investigación y evaluación relacionada con un programa y el desempeño de los programas de planificación familiar (Lapham y Mauldin, 1984; Entwisle, 1989; Mauldin y Ross, 1991). En su famoso índice de esfuerzo programático, Lapham y Mauldin (1984) incluyen el "mantenimiento de registros y la evaluación" como uno de los cuatro componentes o categorías principales de indicadores en la puntuación general de la actividad programática. La pertinencia de dichas actividades para el desempeño programático, y en particular la estrecha relación entre la realización de las actividades de evaluación y los indicadores de eficacia de la gestión del programa, ha sido verificada empíricamente por Entwisle (1989).

La investigación y evaluación se consideran en el marco conceptual del Proyecto EVALUACION como una actividad esencial de apoyo para la gestión eficaz de los programas de planificación familiar. Aunque las actividades de investigación y evaluación no participan directamente en la provisión de servicios, se considera que la capacidad programática de generar y utilizar eficazmente los resultados de la investigación y evaluación contribuye de forma importante a una gestión eficaz de la provisión de los servicios. El supuesto papel de apoyo de la investigación y evaluación con respecto a la provisión de los servicios, y en particular a la gestión programática eficaz, se ilustra en el marco conceptual que se presenta en el capítulo I de este Manual.

Las actividades de investigación y evaluación aportan información como insumo del proceso de toma de decisiones de la gerencia mediante actividades tales como:

- evaluación del progreso realizado en la ejecución del programa;
- identificación de los factores que contribuyen a las deficiencias observadas en el programa y puesta a prueba de medidas correctivas alternativas;
- determinación del grado de impacto que el programa ha tenido en la población objetivo en cuanto a influir en el resultado pertinente; y
- evaluación del nivel de eficacia y productividad del programa.

Los indicadores que se presentan para el área funcional de investigación y evaluación tienen por fin proporcionar una base para evaluar la capacidad programática de emprender investigación y evaluación y utilizar los productos de dichas actividades con miras a mejorar el funcionamiento y desempeño del

Investigación y Evaluación

programa. Los indicadores caen dentro de dos dimensiones principales:

- capacidad del programa para generar datos e información pertinente para las necesidades de información de la gerencia utilizando sistemas apropiados de recopilación de datos, diseños y metodologías; y
- el grado de utilización apropiada de los resultados de la investigación y evaluación en el proceso de toma de decisiones gerenciales y de planificación programática.

La serie de indicadores propuesta denota el criterio del Proyecto EVALUACION en cuanto a lo que comprendería un programa integral de supervisión y evaluación; es decir, las cuestiones que se abordarán y los sistemas de recopilación de datos y los tipos de datos necesarios para informar plenamente al proceso de toma de decisiones de la gerencia con respecto a cuestiones de insumos, procesos, resultados, impacto a medio plazo, impacto a largo plazo, eficacia y productividad. Sin embargo, se reconoce que las cuestiones gerenciales de prioridad de los programas de planificación familiar variarán según el tipo de programa (sector público, ONG, distribución basada en la comunidad) y la etapa de desarrollo del programa. En consecuencia, las necesidades y capacidad de emprender investigación y evaluación variarán de un programa a otro y tenderán a evolucionar a medida que se desarrolla el programa.

Por ejemplo, de ordinario los programas en la etapa de iniciación se concentrarían más en vigilar los insumos, procesos y resultados que en cuestiones de impacto y eficiencia. Análogamente, programas más maduros, que han logrado algún grado de éxito en alcanzar las metas de producción y impactos a medio plazo del programa, dedicarían normalmente más atención a cuestiones de eficacia, productividad e impacto. Así, pues, no se pretende que todos los indicadores presentados se utilicen necesariamente en un entorno en particular, excepto quizás en el caso de programas relativamente maduros. En consecuencia, la selección de indicadores para utilizarlos en un marco dado deberá guiarse por lo que pudiera preverse razonablemente dada la etapa de desarrollo de un programa y las necesidades de información de prioridad de la gerencia.

El intento por identificar indicadores con base en lo que el Proyecto EVALUACION considera un sistema integral de supervisión y evaluación, puede haber resultado en una serie de indicadores sesgada hacia la realización de demasiadas actividades de evaluación. Esta cuestión se volverá a tratar en la actualización de este Manual tomando como base la experiencia de campo y las reacciones obtenidas en los próximos años. Remedios posibles pudieran ser los de comprimir los indicadores pertenecientes a la realización de diferentes tipos de actividades de evaluación en un solo índice o ponderar los indicadores de forma que cada indicador tenga una influencia apropiada en la "puntuación" general del área funcional.

Indicador

PRESENCIA DE UNA UNIDAD ACTIVA DE INVESTIGACION Y EVALUACION

Definición

El programa ha establecido una unidad debidamente dotada de personal con responsabilidad principal de la investigación y evaluación del programa y que emprende actividades pertinentes de forma regular.

"Dotación apropiada" se define como personas con capacitación y experiencia en campos o disciplinas pertinentes (por ejemplo, demografía, investigación de operaciones, métodos de investigación de las ciencias sociales, estadística, etc.).

Datos necesarios

Pruebas de que la unidad de investigación y evaluación se ha establecido formalmente y está prestando servicios.

La presencia de una unidad de investigación y evaluación en el cuadro orgánico del programa y patrones de dotación de personal que indiquen la asignación formal del personal apropiado a la unidad constituyen pruebas de la existencia de una unidad.

Pueden considerarse los tipos siguientes de actividades como pruebas de operaciones regulares: (1) estimación y análisis periódicos del nivel de uso o prevalencia de anticonceptivos a partir de los datos estadísticos sobre servicios y encuestas; (2) ejecución de encuestas y participación en las mismas; investigación de operaciones y otros estudios especiales; (3) preparación de informes técnicamente fundamentados sobre resultados del programa; (4) elaboración de informes que presenten en forma resumida (para la gerencia del programa) datos pertinentes nacionales y subnacionales recopilados de distintas fuentes (por ejemplo, censos de población, estadísticas vitales, encuestas); y (5) análisis y síntesis de los resultados de informes técnicos y estudios pertinentes producidos por otros investigadores (no pertenecientes al programa) para la gerencia del programa.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa; informes de investigación y evaluación.

Finalidad y cuestiones

El presente indicador proporciona una medida de si se ha establecido una unidad formal de investigación y evaluación y de si se emprenden de forma regular tipos pertinentes de actividades. Amén de establecer un vínculo entre la actividad de investigación y evaluación, por un lado, y el desempeño del programa, por el otro, investigación previa indica que la existencia de una capacidad de evaluación e investigación en los programas de planificación familiar desempeña un papel importante en mejorar los resultados de planificación y gestión del programa (Lapham y Mauldin, 1984; Entwisle, 1989; Mauldin y Ross, 1991).

Los beneficios de una capacidad interna de investigación y evaluación, en contraoposición a la dependencia de recursos institucionales y capacidades externos al programa, corresponden supuestamente a tres áreas: (a) una capacidad mejorada de la gerencia del programa para controlar el temario de investigación, concentrando así la atención y recursos en temas y cuestiones clave; (b) mejores líneas de comunicación entre los investigadores y evaluadores y los gerentes del programa, aumentando de esta manera la probabilidad de que los resultados de la investigación y evaluación se divulguen entre órganos clave de decisión; y (c) "propiedad" o pertenencia de las actividades y resultados de la investigación y evaluación, reduciendo así la probabilidad de que las actividades de investigación y evaluación se consideren como una amenaza y aumentando la probabilidad de que los resultados se utilicen para mejorar el desempeño del programa.

Equilibradas contra éstas hay dos consideraciones. En el contexto marcos de países en desarrollo, la competencia técnica de las instituciones externas (por ejemplo, investigadores universitarios y empresas

Investigación y Evaluación

de investigación del sector privado) puede ser más elevadas que las del personal de investigación y evaluación del programa. Segundo, está la duda de si los intereses creados en hacer que el programa "produzca una buena impresión" impedirán al personal interno realizar una evaluación objetiva y abordar cuestiones delicadas.

En su sistema de puntuación para el índice de actividad programática, Mauldin y Ross (1991) proponen asignar una nota intermedia si existe sólo una capacidad de investigación y evaluación externas. En vista de los beneficios de la capacidad interna esbozados arriba, estamos inclinados a expresar nuestro acuerdo con este enfoque, aunque quizás pudiera dársele crédito adicional a un programa utiliza que eficazmente la capacidad externa de investigación y evaluación.

En lo que respecta a la cuestión de la objetividad, se considera que la falta de objetividad en emprender y utilizar los resultados de las actividades de investigación y evaluación se reflejará en otros indicadores en las áreas funcionales de Gestión e Investigación y Evaluación.

Indicador

GRADO DE UTILIZACION DEL SISTEMA ESTADISTICO DE SERVICIOS

Definición

El personal del programa utiliza habitualmente las estadísticas de servicio para fines de evaluación del programa, supervisión y toma de decisiones por la gerencia.

Datos necesarios

Pruebas de que el sistema estadístico de servicios se utiliza al emprender investigación y evaluación relacionada con el programa. A continuación se ilustran los tipos de actividades que pudieran considerarse como pruebas de utilización: (1) utilización en la evaluación del desempeño del personal y las instalaciones; (2) utilización en establecer las metas de servicios y evaluar el desempeño del programa contra las metas; y (3) utilización en las decisiones respecto de los cambios propuestos en las estrategias u operaciones del programa.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos programáticos; entrevistas con los gerentes del programa y con otros usuarios de las estadísticas de servicios para determinar el grado de utilización válida; informes de evaluación en los que se utilizan las estadísticas sobre servicios.

Finalidad y cuestiones

Tal como se indicó al hablar de los indicadores para el área funcional de la gerencia, el establecimiento de un sistema estadístico de servicios se considera como parte esencial para una gestión programática eficaz. El presente indicador tiende por finalidad ir más allá del alto establecimiento de un sistema de servicios para tratar de captar el grado de utilización válida de las estadísticas de los servicios por parte del personal del programa en la realización de las funciones y descargo de las responsabilidades relacionadas con la gerencia, incluidas la planificación y evaluación del programa. En cierto número de países o programas, se han implantado sistemas estadísticos de los servicios, pero los datos son de calidad cuestionable y no se utilizan apropiadamente. El presente indicador trata de medir la dimensión cualitativa del nivel o grado de utilización apropiada del sistema estadístico de los servicios.

Uno de los aspectos más útiles de los sistemas estadísticos de los servicios es la retroalimentación a los puntos de provisión de servicios; por ejemplo, tomando nota de los logros (o falta de logros) contra las metas anuales de los servicios (por ejemplo, número de clientes de planificación familiar atendidos, número de nuevos aceptantes, etc.). Sin embargo, conviene aquí tener cuidado para asegurar que las estadísticas de los servicios y las metas de servicios no se utilicen de forma demasiado mecánica, ya que existe un peligro real de que el hincapié exagerado en alcanzar las metas haga que el personal del programa se concentre en cumplir sus "cuotas" en perjuicio de la calidad de los servicios.

La evaluación del uso eficaz de las estadísticas de los servicios deberá tomar en cuenta también los fines y cuestiones para los que estas son más apropiadas. Las estadísticas de los servicios proporcionan información sobre los servicios proporcionados en las instalaciones del programa y sobre los clientes que han entrado en contacto con dichas instalaciones y, por tanto, son útiles para abordar cuestiones y temas relacionados con los procesos y resultados (outputs) programáticos. Las estadísticas de los servicios son menos apropiadas, empero, para medir los impactos en la población, especialmente cuando hay múltiples sectores participantes (públicos, privados y comerciales) en la provisión de servicios de planificación familiar. Las encuestas basadas en población y otros estudios demográficos son fuentes más apropiadas de datos para medir los resultados basados en la población. Por consiguiente, los programas que utilizan datos estadísticos sobre servicios de forma poca apropiada deberán recibir una evaluación menos favorable conforme a este indicador que los programas cuya utilización de dichos datos denota una conciencia de los puntos fuertes y limitaciones de las estadísticas de los servicios.

Investigación y Evaluación

Indicador

REALIZACION DE ENCUESTAS PERIODICAS DE HOGARES CON PROPOSITOS MÚLTIPLES O FINES ESPECIALES

Definición

Se han emprendido dentro de un período de referencia dado (por ejemplo, los últimos 3 a 5 años) encuestas periódicas de hogares pertinentes para el programa.

Datos necesarios

Prueba, en forma de resultados de la encuesta o del estudio, de que se han realizado encuestas de domicilio periódicas dentro del período de referencia especificado.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa, informes de la encuesta o estudio u otros resultados.

Finalidad y cuestiones

Debido a las limitaciones inherentes en los datos estadísticos de los servicios, el apoyo eficaz de investigación y evaluación a la gerencia del programa requiere la disponibilidad periódica de información complementaria. He aquí dos clases específicas de información esencial para las que los datos estadísticos de los servicios no son una fuente apropiada: (1) datos sobre comportamientos, conocimientos, actitudes y prácticas en la población general, pertinentes para el uso de la anticoncepción en la población objetivo del programa (es decir, tanto entre no clientes como entre clientes) y (2) estudios detallados de comportamientos, percepciones y necesidades de los clientes del programa en cuanto se relacionan con los servicios del programa.

Encuestas por muestreo y otros estudios especiales basados en fuentes de datos distintas de los registros del programa o las estadísticas de servicios son un medio válido y eficaz en función del costo de generar dicha información. Además de las encuestas de domicilio en gran escala, las estrategias pertinentes de recopilación de datos incluyen encuestas de KAP en gran escala, entrevistas a la salida de establecimientos con los clientes y debates en grupos focales. El presente indicador tiene por fin medir el grado en el que el programa es capaz de generar (u obtener acceso a) tales datos, según sea necesario.

Al evaluar los programas conforme a este indicador, hay que reconocer que los programas de planificación familiar no poseen a veces suficiente personal o recursos logísticos para emprender ciertas clases de actividades de recopilación de datos por sí mismos; por ejemplo, la realización de grandes encuestas nacionales por muestreo, tales como las Encuestas de Demografía y Salud (EDS). Las más de las veces, la recopilación de datos para estas actividades de recopilación de datos en gran escala la emprende la Oficina Nacional de Estadística o un organismo especializado análogo en colaboración con las entidades para las que los resultados de la encuesta tienen repercusiones programáticas (por ejemplo, el programa nacional de planificación familiar o el Ministerio de Salud). En tales casos, deberá darse crédito a los programas por su participación en la actividad; por ejemplo, colaboración en la especificación del contenido de la encuesta o del estudio o los objetivos de la medición, diseño del cuestionario y plan de tabulación, análisis de datos y elaboración de informes.

Análogamente, los programas pudieran recibir también "crédito" en relación con este indicador de encuestas o estudios encomendado a investigadores o instituciones fuera del programa. En algunos casos, la contratación de organizaciones externas para realizar las actividades de recopilación y análisis de datos constituye un medio eficaz en función del costo de complementar las capacidades de investigación y evaluación internas, y son el único medio disponible de obtener la información requerida. No obstante, a fin de asegurar que la encuesta o el estudio responden a las necesidades de información del programa, es muy deseable una participación importante del programa en dichos estudios. Participación importante del programa pudiera definirse en términos de las clases siguientes de actividad: especificación de los

Investigación y Evaluación

objetivos de medición del estudio y requisitos de precisión estadística, formulación del diseño del estudio, participación en el diseño del cuestionario y plan de tabulaciones, supervisión del contratista durante el trabajo de campo y participación en el análisis y la preparación del informe.

Investigación y Evaluación

Indicador

REALIZACION DE LA INVESTIGACION OPERATIVA (OR)

Definición

El programa ha realizado, en un período de referencia dado, uno o más estudios de investigación de operaciones (OR).

Estudios de "investigación de operaciones" se refiere a estudios aplicados en los que se examinan las causas y posibles soluciones de los problemas operativos observados en el programa (Blumenfeld, 1985; Fisher et al., 1991).

Datos necesarios

Pruebas, en forma de informes u otros resultados o estudios de investigación de operaciones o pruebas de participación del personal en estudios en curso, de que las de investigaciones de operaciones se han realizado en el período de referencia especificado.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa; informe de OR u otros resultados de la investigación.

Finalidad y cuestiones

La investigación de operaciones proporciona un medio de examinar sistemáticamente los factores subyacentes en las deficiencias operativas observadas en el programa y los méritos relativos de las distintas medidas correctivas posibles. Un elemento esencial del apoyo de investigación y evaluación a la gerencia del programas la capacidad de realizar y utilizar estudios de OR para modificar las estrategias del programa y mejorar la eficacia. Este indicador tiene por fin la medición de la actividad del programa en la realización de estudios de OR.

Debido a que muchos profesionales del ramo consideran que el propio proceso de OR es tan importante para el mejoramiento de la eficiencia operativa del programa como los resultados de la investigación, se estima que es esencial que los propios programas tomen la iniciativa en la realización de estudios de OR e incluso lleguen a ser totalmente autosuficientes en el proceso de OR. Así, pues, se propone que los programas reciban la "puntuación máxima" en relación con este indicador sólo cuando el programa ha demostrado institucionalización de la OR mediante la realización de uno o (preferiblemente) más estudios de OR en los que el programa ha sido el principal ejecutor de la actividad del estudio, es decir, con niveles mínimos de asistencia externa.

Al igual que varios otros indicadores en esta sección del Manual, el presente indicador proporciona sólo una medida resumida de la capacidad del programa para realizar estudios de OR. El indicador no toma en cuenta las otras dimensiones pertinentes de la capacidad de OR del programa, tales como la calidad técnica de la investigación emprendida, el grado en el que la información generada llena los vacíos existentes de información, o el grado en el que el programa utiliza apropiadamente los resultados de los estudios de OR. Evaluaciones más detalladas de las capacidades de OR del programa requerirían la medición de indicadores adicionales.

Para fines de referencia, el grupo de trabajo sobre Investigación de Operaciones del Proyecto EVALUACION, en su reunión inicial propuso los indicadores siguientes como pertinentes para evaluaciones más a fondo de las capacidades de OR del programa (Proyecto EVALUACION, 1992d):

- elaboración de un temario de OR;
- grado de utilidad de la información generada;

Investigación y Evaluación

- grado de institucionalización de la OR como herramienta de gestión (una dimensión que está al menos parcialmente incorporada en la especificación del presente indicador);
- el nivel de cambio del programa resultante de las actividades de OR (un indicador similar, relativo a la utilización de los resultados de la investigación y la evaluación general, en contraoposición a los resultados de OR concretamente, se presenta más adelante en esta sección del Manual);
- la calidad de la investigación propiamente dicha; y
- el nivel de esfuerzo empleado para utilizar los resultados de los estudios de OR con miras a mejorar la provisión de los servicios.

En el Apéndice C se incluye una lista completa de los indicadores redactados en la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación de Operaciones.

Investigación y Evaluación

Indicador

REALIZACION REGULAR DE EVALUACIONES DEL PROCESO

Definición

El programa ha realizado evaluaciones del proceso de forma regular dentro de un período de referencia dado.

"Evaluaciones del proceso" se refiere a las operaciones que evalúan el grado en el que las actividades programadas ocurren a tiempo, de la forma prevista (es decir, de acuerdo con normas programáticas especificadas) y al costo previsto, así como en la medida en que se han realizado los resultados previstos del programa.

Datos necesarios

Pruebas, en forma de informes de evaluación u otros resultados, de que las actividades de evaluación del proceso se han llevado a cabo de forma regular dentro del período de referencia especificado.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa; informes de evaluación y resultados.

Finalidad y cuestiones

La evaluación del proceso se ocupa de evaluar el grado en el que el programa cumple el calendario establecido o avanza de la forma prevista. En este sentido, la evaluación del proceso es una estrategia de supervisión del programa y muchos programas utilizan el término "supervisión" en este contexto. El sentido del presente indicador, no obstante, es el de que la evaluación del proceso entraña la comparación de los resultados y logros contra los planes o expectativas y, por tanto, trasciende el mas alto seguimiento o contabilización de los resultados del programa. El indicador tiene por fin medir el grado en el que el programa vigila el progreso contra los planes o expectativas de forma regular.

La definición de "forma regular" para el indicador puede variar de un programa a otro, pero debería responder al ciclo de planificación utilizado por el programa. Por ejemplo, si se utilizan planes de trabajo anuales, la evaluación del proceso se emprendería normalmente sobre una base anual a fin de determinar el desempeño durante el año o ciclo de planificación precedente y proporcionar insumos para elaborar el plan de trabajo para el año o ciclo próximo. La realización sistemática y regular de evaluaciones del proceso es la dimensión clave del indicador propuesto y los calendarios de evaluación del proceso o programas de evaluación "menos que regulares" que no complementan el ciclo de planificación del programa deberán recibir calificaciones más bajas en relación con este indicador.

Indicador

REALIZACION DE EVALUACIONES DE LA EFICACIA, PRODUCTIVIDAD E IMPACTO

Definición

El programa ha realizado, dentro de un período de referencia dado, una o más evaluaciones de la eficacia, productividad e impacto.

"Evaluación de la eficacia" se refiere a actividades de evaluación concebidas para medir el grado en el que el programa ha obtenido los resultados previstos a plazo intermedio al nivel de población.

"Evaluación de la productividad" se refiere a los esfuerzos por evaluar la relación entre los insumos y los resultados del programa.

"Evaluación del impacto" se refiere a las actividades que tratan de medir los cambios a largo plazo ocurridos en la fecundidad u otros resultados previstos al nivel de población que son atribuirles al programa.

Datos necesarios

Pruebas, en forma de informes u otros resultados de las actividades de evaluación, de que el programa ha realizado una o más de estas clases de evaluación en el período de referencia especificado.

Fuente o fuentes de datos

Informes y documentos del programa; informes u otros resultados de la evaluación.

Finalidad y cuestiones

Si bien las evaluaciones del proceso proporcionan información para fines de gestión del programa como cuestión de rutina, una gerencia eficaz requiere información periódica sobre temas que no pueden abordarse apropiadamente con los tipos de datos que se utilizan normalmente en las evaluaciones del proceso. Entre éstos figuran temas relacionados con la eficacia, productividad e impacto del programa.

Las evaluaciones de la eficacia entrañan la determinación del grado en el que el programa está logrando un progreso satisfactorio hacia la consecución de los resultados previstos al nivel de población. Es la concentración en los resultados o efectos intermedios a nivel de población lo que distingue las evaluaciones de la eficacia de las evaluaciones del proceso, que entraña la determinación del progreso hacia el logro de los resultados previstos a nivel del programa. Por ejemplo, el logro de las metas programáticas en cuanto al número de nuevos aceptantes sería el objeto de estudio apropiado de las actividades de evaluación del proceso, mientras que el logro de una mayor prevalencia anticonceptiva en la población blanco lo sería de las evaluaciones de la eficacia.

Sin embargo, las dos clases de evaluaciones están relacionadas entre sí ya que se espera que la consecución de los resultados previstos al nivel de programa resulte en el logro de los resultados a nivel de población o al menos que contribuya a dicho logro.

Las evaluaciones de la productividad se refieren a la determinación de la relación entre los insumos y resultados del programa. Dicha evaluación se concentra en la medición del costo por unidad de resultados del programa. El costo por APP o por nuevo aceptante es un ejemplo. Cabe advertir que, si bien la productividad del programa se ha medido convencionalmente tal como se definió arriba, también se utiliza para examinar la cuestión de la productividad en términos de resultados al nivel de población, por dos razones. Primero, los resultados basados en la población constituyen el objetivo último de los programas de planificación familiar. Segundo, las mediciones de la productividad basadas en los resultados del programa en contraoposición al resultado al nivel de población pueden no llegar a las mismas conclusiones. Por ejemplo, la distribución de anticonceptivos orales por conducto

Investigación y Evaluación

de un programa de distribución basada en la comunidad, puede conseguirse de forma sumamente eficaz en función del costo, pero a menos que los anticonceptivos orales sean ampliamente comprendidos y aceptados, puede resultar poco cambio en la prevalencia anticonceptiva o las tasas de fecundidad. Así, las medidas de la productividad del programa basadas en los resultados y los resultados de impacto proporcionan información útil para la toma de decisiones de la gerencia.

La evaluación del impacto se refiere a las evaluaciones de los resultados últimos o del resultado o resultados netos del programa, tanto positivos como negativos, al nivel de población. Las actividades de evaluación del impacto están encaminadas a proporcionar respuestas a la pregunta "¿Cómo ha cambiado el programa los indicadores pertinentes del resultado demográfico último (por ejemplo, niveles de fecundidad, prevalencia anticonceptiva, satisfacción de preferencias reproductivas, tasas de mortalidad infantil, etc.)?"

Las respuestas a estas clases de preguntas formuladas en las evaluaciones de la eficacia, productividad e impacto no pueden derivarse normalmente de fuentes habituales de datos (por ejemplo, datos estadísticos de los servicios y datos del SIG) y, por tanto, de ordinario se requieren actividades especiales para recopilar o analizar datos en relación con la actividad de evaluación. Además, la medición del impacto del programa requiere atención a la cuestión de la atribución del programa (véase la introducción del Capítulo IX donde se analiza más detenidamente este tema).

Puesto que estas clases de evaluaciones tienen por fin medir los resultados a plazos medio a largo, no necesitan realizarse con tanta frecuencia como la evaluación del proceso. Por lo tanto, deberá permitirse una cierta flexibilidad al definir el período de referencia para el indicador, tomando en cuenta la edad o nivel de madurez del programa, lo reciente de cambios importantes en la política o modalidades de operación del programa y otros factores que influyen en la necesidad de los tipos de información producidos por tales actividades de evaluación.

Cabe advertir que con este indicador se pretende establecer una medida resumida aproximada del nivel de actividad del programa en la realización de una evaluación no rutinaria del programa. Como tal, el indicador no aborda cuestiones tales como la calidad técnica de las actividades de evaluación ni el grado en el que la gerencia del programa utiliza significativamente los resultados de la evaluación. La determinación de estas dimensiones requeriría la inclusión de indicadores adicionales.

Indicador

USO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION Y EVALUACION PARA MODIFICAR EL PROGRAMA

Definición

Los resultados de la investigación y evaluación han desempeñado un papel importante en las decisiones relativas a las políticas, estrategias, procedimientos operativos, etc., del programa dentro de un período de referencia dado.

Datos necesarios

Pruebas bien sea escritas o verbales, de casos en los que los resultados de la investigación y evaluación han desempeñado un papel en las decisiones del programa durante el período de referencia especificado.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa; entrevistas con gerentes y órganos de decisión clave del programa.

Finalidad y cuestiones

Se pretende que este indicador constituya una medida del grado en el que los resultados de investigación y evaluación han sido utilizados significativamente por la gerencia para adoptar decisiones relativas a elementos clave del programa. Aunque el indicador se concentra en el uso de estos resultados para motivar o justificar cambios en la estrategia u operaciones del programa, la utilización de los resultados de la investigación y evaluación en apoyo de las decisiones para mantener estrategias u modalidades de operación existentes son igualmente pertinentes.

En términos de medición, la clave la constituye el establecimiento de un vínculo entre las decisiones para efectuar (o no efectuar) cambios en el programa, por un lado, y los resultados de las actividades de investigación y evaluación, por el otro. En algunos casos, la vinculación se establecerá claramente en documentos escritos en los que se detallen los cambios en la estrategia del programa o en las modalidades de operación en que se indica que los resultados de la investigación y evaluación son al menos un factor que contribuye a las decisiones para efectuar los cambios. Con más frecuencia, la vinculación entre los resultados de la investigación y evaluación y las decisiones programáticas tendrá que establecerse mediante evaluaciones del grado en el que las estrategias y operaciones del programa concuerdan con los resultados del programa y con entrevistas con personal gerencial clave en las que se evalúa el grado de utilización de los resultados de la investigación y evaluación.

Investigación y Evaluación

Indicador

DIVULGACION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION Y EVALUACION

Definición

Los resultados de la investigación y evaluación se transmiten regularmente a grupos externos (por ejemplo, organismos clave del gobierno, medios de información, la comunidad de investigación, etc.).

"Divulgación" se refiere a la comunicación formal de los resultados de la investigación y evaluación relacionados con el programa a través de cauces tales como sesiones breves, comunicaciones, talleres, conferencias, comunicados de prensa, etc.

Datos necesarios

Prueba de eventos o ejemplos en los que los resultados de la investigación y evaluación se han diseminado.

Fuente o fuentes de datos

Registros y documentos del programa; informes de evaluación y otros resultados (outputs).

Finalidad y cuestiones

La diseminación de los resultados de la investigación y evaluación desempeña cierto número de funciones esenciales en los programas de planificación familiar. La diseminación o comunicación de los resultados a grupos clave dentro del programa, normalmente a los gerentes del programa al nivel medio y superior, constituye el medio principal de conectar las unidades de investigación y operaciones de los programas, que a menudo están separadas administrativamente y tienden a poseer líneas subóptimas de comunicación entre ellas. La diseminación a grupos externos (por ejemplo, organismos del gobierno, órganos legislativos, los medios de información, la comunidad de investigación y donadores externos) proporciona un medio útil para divulgar los resultados del programa, aumentar la visibilidad del programa y llamar la atención sobre temas que requieren acción.

Aunque la diseminación tanto interna como externa es importante, el presente indicador se concentra en la diseminación a grupos externos. Se supone que la falta de comunicación interna entre las unidades de investigación y evaluación y la gerencia del programa se reflejará en otros indicadores presentados para el área funcional de la gerencia (véase la Sección A de este capítulo). Así, pues, el presente indicador tiene por fin proporcionar una medida del grado en el que los programas diseminan habitualmente resultados pertinentes de la investigación y evaluación a grupos externos.

Para fines de medición, se reconoce que los recursos programáticos para diseminación son a veces limitados. También ocurre que no todos los resultados de la investigación merecen diseminación amplia. Como mínimo, los programas deberán tener la política de examinar sistemáticamente los resultados de las actividades de investigación y evaluación a fin de determinar su "valor informativo" y quizás un informe anual o semianual resumido en el que se describan las actividades de investigación y evaluación emprendidas y se proporcione un breve resumen de los resultados.

Capítulo IV

Adecuación de los servicios de planificación familiar

- Acceso
- Calidad de la Atención
- Imagen del Programa

INDICADORES PARA MEDIR LA ADECUACION DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se espera que las operaciones de provisión de servicios que se esbozaron en el capítulo precedente surtan un efecto directo sobre las tres dimensiones de la provisión de servicios que se describen en este capítulo como **la adecuación de los servicios**: acceso, calidad de la atención e imagen del programa. Los indicadores de la adecuación de los servicios que se presentan en este capítulo se basan fundamentalmente en la perspectiva del cliente y en la respuesta a la pregunta: ¿Qué encuentra el posible cliente de planificación familiar cuando busca servicios anticonceptivos?

En el pasado, la evaluación de los programas ha tendido a concentrarse en medidas de la utilización de los servicios y la prevalencia anticonceptiva. Con demasiada frecuencia, se trata al programa como si fuese una "caja negra". Los resultados de dichas evaluaciones muestran el grado en el que el programa alcanza los resultados previstos, pero da poca indicación sobre por qué ha tenido éxito o ha fracasado. Suponiendo que la finalidad de la evaluación sea mejorar la provisión de los servicios en el futuro, la falta de atención a la operación interna del programa es una grave deficiencia.

De hecho, estos temas están recibiendo una atención creciente de investigadores y profesionales de la planificación familiar. Los adelantos en las metodologías de encuesta y la tecnología de los sistemas de información geográfica están abriendo nuevos horizontes para evaluar la idoneidad del acceso físico a los servicios de planificación familiar. Al propio tiempo, la calidad de la atención se ha convertido en un foco central de los proveedores de servicios en los esfuerzos por mejorar la provisión de servicios de planificación familiar. Como resultado, los investigadores se están esforzando por encontrar métodos de cuantificar lo que anteriormente se consideraba como demasiado subjetivo para la evaluación sistemática. De las tres categorías de adecuación de los servicios, la imagen del programa ha recibido hasta la fecha la menor cantidad de atención, sin embargo, sigue siendo un determinante clave de la utilización.

Como prefacio de este capítulo, sería útil abordar varios temas conceptuales, cuya resolución sirve de base a la elaboración de indicadores en esta área. Tal cuestión es la interrelación entre el acceso y la calidad en la provisión de servicios de planificación familiar. En los debates en grupos de trabajo sobre este tema, ha surgido una y otra vez el argumento de que un cliente no puede estar satisfecho con los servicios a menos que tenga acceso a los mismos. Así, pues, se argumenta que el acceso a los servicios ha de incluirse en la definición de la calidad de los servicios.

Sin embargo, pueden citarse muchos ejemplos de programas de planificación familiar que han logrado proporcionar un acceso razonable a los servicios para una gran proporción de la población beneficiaria del programa, pero los servicios no son bien recibidos y son subutilizados.

A fin de aclarar la relación entre estos dos conceptos, es útil distinguir los factores que determinan si una persona interesada en obtener servicios de planificación familiar llega realmente "a la puerta" (es decir, supera los diferentes tipos de barreras que a menudo afrontan los clientes de la planificación familiar cuando buscan servicios) frente a lo que dicho cliente encuentra "una vez que ha pasado por la puerta" (por ejemplo, la limpieza de las instalaciones, la eficiencia administrativa y las aptitudes de comunicación interpersonal de los proveedores de los servicios, tiempos de espera razonables, etc.) Adviértase que el término "puerta" se utiliza aquí en un sentido figurado; no se pretende referirse exclusivamente a los servicios basados en las clínicas, sino también a la "puerta" de la vivienda de un trabajador de distribución comunitaria o la farmacia local. Se considera que tanto el acceso como la

calidad son determinantes importantes de la satisfacción de los clientes (y, supuestamente, de la aceptación y continuación de los anticonceptivos). Sin embargo, se requerirían diferentes respuestas de la gerencia del programa para abordar los problemas encontrados en "llevar los clientes a la clínica" en comparación con "hacer que deseen regresar." Así, pues, es analíticamente útil considerar el acceso y la calidad como aspectos distintos (pero complementarios) del entorno de la oferta de planificación familiar.

Otra dimensión de los productos de los servicios es la imagen del programa. La imagen pública de un programa de planificación se refiere al grado en el que las percepciones del público acerca del programa son favorables. Cierta número de factores entran en la creación de esta imagen, entre ellos las percepciones de la población en general acerca de la planificación familiar y de los proveedores de servicios del sector público y privado, así como las percepciones (tanto fundamentadas como no fundamentadas) en torno a los propios servicios de planificación familiar. Puesto que estas últimas se ven influenciadas por otras dimensiones de lo que se llama en este capítulo productos de los servicios (es decir, acceso a los servicios y calidad de los servicios), la imagen del programa también se considera como un producto de los servicios en el grado en el que (al menos parcialmente) es controlable por la gerencia del programa. Por ejemplo, muchos programas tratan de mejorar su imagen mejorando la calidad de los servicios proporcionados. Los programas también pueden tratar de influir en las percepciones del público en cuanto a la legitimidad de los programas de planificación familiar mediante las actividades de I-E-C (que se tratan en el Capítulo III).

Aunque la imagen, el acceso y la calidad del programa son factores que, a menudo, están correlacionados (por ejemplo, los programas que brindan servicios de alta calidad y que son de fácil acceso tienen a menudo una imagen favorable), a veces ocurre que las mejoras en la imagen de un programa van a la zaga de las mejoras en otros productos de los servicios debido a percepciones erróneas que perduran acerca del programa. En consecuencia, la imagen del programa se conceptualiza como un resultado (output) importante de las iniciativas de los programas de planificación familiar que merece la atención de la gerencia del programa, además de la atención prestada a los temas de acceso y calidad.

Introducción

Sección A

ACCESO

Indicadores ilustrativos

- Número de POS situados a una distancia o tiempo de recorrido fijos de una comunidad dada (es decir, densidad de los servicios)
- Costos de un mes de suministro de anticonceptivos de un mes como porcentaje de los salarios mensuales
- Normas que restringen las opciones anticonceptivas en los programas
- Porcentaje de la población objetivo que conoce al menos de una fuente de servicios o suministros anticonceptivos
- Porcentaje de no utilización relacionada con barreras psico-sociales

La conceptualización y medición del acceso a los servicios de planificación familiar y la relación entre el acceso a los servicios y los resultados de la planificación familiar (por ejemplo, la aceptación y continuación de los anticonceptivos) han recibido una atención considerable en el curso de estos años por parte de los gerentes e investigadores de los programas de planificación familiar. No obstante, a pesar de la importancia ampliamente reconocida del acceso como característica clave del entorno de la oferta, existe poco consenso en cuanto a la forma o formas más apropiadas de medir el concepto.

Gran parte de la investigación realizada anteriormente en esta área se ha concentrado en un aspecto o dimensión del acceso: el acceso geográfico (o físico). En este contexto, acceso se refiere al grado de dificultad en llegar a los servicios de planificación familiar u obtenerlos. Se han propuesto en la literatura distintas medidas relativas a la distancia a los puntos de suministro y de servicios, el tiempo requerido para llegar a estos puntos y la densidad de puntos de servicios/suministros dentro de una zona geográfica especificada (Chayovan et al., 1984; Hermalin y Entwisle, 1985 y 1988; Hermalin et al., 1992; Tsui y Ochoa, 1992). Si bien las pruebas obtenidas hasta la fecha tienden a confirmar la relevancia de la proximidad geográfica para los servicios de planificación familiar como determinante importante del uso de los anticonceptivos, la fuerza de la relación entre la proximidad y el uso de los anticonceptivos en los estudios empíricos no ha sido tan fuerte como se pudiera haber previsto (Tsui y Ochoa, 1992; Boulier, 1985).

Aunque no hay duda de que esto se debe en parte a dificultades de medición, la no observación de una relación más fuerte entre las medidas del acceso físico y la utilización de los servicios en estudios previos indica que otros factores pudieran también ser pertinentes para definir el concepto del acceso. Ciertamente, algunos investigadores han argumentado que el acceso a los servicios no es solamente una cuestión de acceso físico sino que incluye también otras dimensiones (Chayovan et al., 1984; Foreit et al., 1978). Foreit, por ejemplo, sugiere lo siguiente como dimensiones o elementos de acceso relevantes (los autores utilizan el término "disponibilidad" en el texto original):

- acceso geográfico o físico,
- acceso económico,
- acceso administrativo,

- acceso cognoscitivo.

Las definiciones prácticas de estos elementos o dimensiones son las siguientes:

Acceso económico se refiere al grado en el que una gran mayoría de la población objetivo puede sufragar los gastos de llegar a los puntos de provisión de servicios o suministros y de obtener los servicios y suministros anticonceptivos. Las barreras económicas afectan al uso de los anticonceptivos tanto disuadiendo a los posibles clientes de buscar los servicios como dificultando la continuación de los anticonceptivos.

Acceso administrativo se refiere al grado en el que normas y reglamentos innecesarias que inhiben la opción y utilización de los anticonceptivos han sido eliminadas; por ejemplo, horas limitadas de clínica para servicios de planificación familiar, restricciones sobre la distribución de anticonceptivos durante las horas de las clínicas para otros servicios (por ejemplo, inmunización infantil, supervisión del crecimiento, etc.).

Acceso cognoscitivo atañe al grado en el que posibles clientes están conscientes de los lugares donde se ofrecen los servicios y del tipo de servicios disponibles en dichos lugares. Por ejemplo, un cliente puede no estar consciente de la existencia de un POS aun cuando tenga fácil acceso físico al mismo.

A éstas añadimos una quinta dimensión: el **acceso psico-social** o el grado en el que posibles clientes que desean espaciar o limitar la fecundidad se ven restringidos por factores psicológicos, de actitud o sociales en la búsqueda de servicios de planificación familiar. En algunos contextos, por ejemplo, posibles clientes pueden temer utilizar servicios cercanos debido al estigma social negativo que conlleva el hacerlo. Pueden mostrar desconfianza hacia ciertos procedimientos (por ejemplo, exámenes pélvicos) o pueden no estar en condiciones de buscar los servicios debido a que no se permite a las mujeres viajar solas para obtener servicios o suministros anticonceptivos.

Por lo tanto, el acceso a los servicios se conceptualiza como integrado por cinco elementos o dimensiones que constituyen posible barreras que han de abordar los gerentes de los programas de planificación familiar para promover una amplia utilización de los servicios disponibles; es decir, "llevar a los clientes a la puerta".

Al considerar los indicadores de cada uno de estos elementos, cabe tener presente que se ha dedicado una cantidad considerablemente mayor de trabajo a la medición del acceso físico que a los otros elementos del acceso. Como resultado, hay una base empírica considerablemente más fuerte para proponer indicadores para este elemento que para los otros. No obstante, incluso para esta dimensión no hay un consenso claro en cuanto al indicador más apropiado (Hermalin y Entwisle, 1988; Tsui y Ochoa, 1992). Por consiguiente, nosotros hemos adoptado la estrategia de proponer un indicador único, "ilustrativo", para cada elemento o dimensión de acceso a los servicios y una lista de posibles opciones, en la esperanza de que el estudio y pruebas de campo por parte de los programas de planificación familiar y las organizaciones de Atención Técnica en el curso de estos próximos años contribuyan a promover un consenso en torno a una pequeña serie de indicadores para cada elemento.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

NUMERO DE POS SITUADOS A UNA DISTANCIA O TIEMPO DE RECORRIDO FIJOS DE UNA COMUNIDAD DADO (ES DECIR, DENSIDAD DE LOS SERVICIOS)

Elemento

Acceso físico.

Definición

El número de puntos de distribución de servicios y métodos anticonceptivos que están situados dentro de una distancia especificada (por ejemplo, 30 km) o un determinado tiempo de recorrido (por ejemplo, 2 horas) desde un lugar de referencia dado.

Datos necesarios

Información sobre el lugar y métodos anticonceptivos disponibles en POS en la comunidad.

Fuente o fuentes de datos

Cartografía cuidadosa de los POS (preferido).

Informes de personas locales conocedoras sobre los lugares de los POS (menos preferido).

Informes de participantes en encuestas sobre lugares de POS (menos preferido).

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida de la densidad de los servicios de planificación familiar a disposición de los clientes (y posibles clientes) dentro de una zona geográfica definida.

Se ha propuesto en la literatura de investigación cierto número de indicadores posibles del acceso físico, entre los cuales figuran los siguientes:

- la proporción de poblados o barrios de ciudades que tienen un POS ubicado en el poblado o barrio;
- la distancia promedio al POS más cercano o un índice de las distancias promedio a una serie designada de POS que en conjunto brindan la gama completa de servicios o métodos de planificación familiar de que se dispone en un determinado país;
- el tiempo de recorrido promedio hasta el POS más próximo o un índice de los tiempos de recorrido a los POS designados.
- el número promedio de horas por mes empleadas en obtener servicios y suministros anticonceptivos;
- el número de tipos de métodos y servicios anticonceptivos disponibles en la instalación/fuente en la comunidad; y

Acceso de los servicios de PF

- el número promedio de visitas de trabajadores de planificación familiar recibidas durante un período especificado (por ejemplo, un trimestre) por los clientes del programa (para utilización en los programas de distribución/extensión a domicilio).

Si bien distintos indicadores tienden a estar correlacionados y, por tanto, parecen medir en cierto grado los fenómenos previstos, hay cierto número de diferencias sustantivamente importantes entre estos indicadores. Primero, cabe advertir que algunos indicadores corresponden al acceso a los servicios de planificación familiar en general y no al acceso a determinados métodos o marcas de anticonceptivos. Este tema es importante ya que la proximidad a los POS que brindan una gama insuficiente de servicios o métodos no constituye acceso en la forma prevista por el indicador.

Segundo, aun cuando algunos indicadores se fundamentan en medidas "objetivas", otros se basan en la información subjetiva proporcionada por los propios clientes de planificación familiar (o posibles clientes) o por expertos locales conocedores. Investigaciones previas indican que la información proporcionada por los participantes en encuestas puede verse influenciada por su experiencia en la utilización de los servicios (por ejemplo, los usuarios están más informados que los no usuarios) y, por tanto, pudieran dar medidas equívocas del acceso (Tsui y Ochoa, 1992).

Acceso de los servicios de PF

Indicador

COSTOS DE UN MES DE SUMINISTRO DE ANTICONCEPTIVOS COMO PORCENTAJE DE LOS SALARIOS MENSUALES

Elemento

Acceso económico.

Definición

Los "costos" para este indicador se refieren a gastos directos por concepto de suministros y servicios anticonceptivos.

Datos necesarios

Información sobre gastos mensuales por concepto de suministros y servicios anticonceptivos e ingreso mensual estimado.

Fuente o fuentes de datos

La información de encuestas demográficas sobre los costos-honorarios por concepto de servicios y suministros anticonceptivos también puede obtenerse en los registros de POS.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida de la carga económica relativa que representan los costos mensuales por concepto de servicios y suministros anticonceptivos.

Costos de los servicios y suministros que superan el uno por ciento de los salarios mensuales para una proporción significativa de los clientes se considerarían como un indicio de la existencia de barreras económicas al uso de los anticonceptivos (Ross et al., 1992).

El indicador ilustrativo para este elemento se escogió entre varias opciones, en gran medida debido a que los datos requeridos para este cálculo probablemente existan ya en un número razonablemente extenso de países en desarrollo. Sin embargo, cabe reconocer que el indicador adolece de varias limitaciones importantes.

Una limitación es la de que no toma en cuenta otros costos del uso de los anticonceptivos que pueden ser barreras tan importantes, y quizás más importantes, para el uso de anticonceptivos que los costos directos de los servicios o suministros. Por ejemplo, los clientes de planificación familiar también pueden contraer gastos para el transporte hacia el POS y desde él, y (posiblemente) para la atención infantil, así como los "costos de oportunidad" del tiempo empleado yendo y viniendo del POS y el tiempo de espera para recibir los suministros o servicios una vez que llegan al POS. Así, pues, una medida más válida de los costos de los servicios de planificación familiar sería la de incluir estos costos en el cálculo del indicador.

Otra cuestión es la referente a la corriente de ingresos que debería considerarse al calcular el indicador. Puesto que no todo el ingreso (el ingreso bruto) estará probablemente disponible para utilizarlo en pagar los servicios anticonceptivos, una especificación más apropiada del indicador limitaría el denominador de la medida al *ingreso disponible* mensual. Además, puesto que hombres y mujeres no tienen igual acceso a los recursos financieros de la familia en muchas sociedades, un perfeccionamiento adicional pudiera ser limitar el denominador de la medida al ingreso o salarios *controlados* por el cliente (especialmente las mujeres).

No obstante, hay que reconocer que estos perfeccionamientos aumentan las necesidades de datos para calcular el indicador. En muchos países, la información requerida puede obtenerse sólo en estudios especiales. Para la mayoría de los fines prácticos, el indicador más simple bastaría para orientar las decisiones de la gerencia del programa con respecto a la capacidad de pago de los servicios anticonceptivos. En los programas en los que la recuperación de los costos y la sustentabilidad son temas gerenciales de prioridad, no obstante, los costos adicionales de recopilar los datos requeridos para medidas más perfeccionadas podrían estar justificados.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

NORMAS QUE RESTRINGEN LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN LOS PROGRAMAS

Elemento

Acceso administrativo.

Definición

Normas y reglamentos que restringen la opción de métodos anticonceptivos por razones no relacionadas con consideraciones médicas dictadas por el programa; por ejemplo, prohibiciones contra la recepción del implante NORPLANT por mujeres multíparas.

Datos necesarios

Criterios de elegibilidad para los métodos anticonceptivos brindados por el programa.

Fuente o fuentes de datos

Documentos del programa en los que se esbozan políticas y reglamentos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador tiene por fin proporcionar una medida de la existencia de barreras que se interponen a la opción anticonceptiva en forma de políticas, reglamentos y procedimientos programáticos formales innecesarios; es decir, restricciones dictadas a nivel de política o programación, que no están justificadas por razones médicas.

Otros ejemplos de los tipos de barreras que se pretende medir con el presente indicador son:

- requisitos de consentimiento del cónyuge para ciertos métodos anticonceptivos;
- restricciones sobre ciertos métodos tomando como base el estado civil o la paridad;
- requisitos de pruebas de sangre o exámenes pélvicos con anterioridad a la distribución de anticonceptivos orales;
- requisitos de visitas múltiples para recibir ciertos métodos anticonceptivos (DIU, por ejemplo).
- requisitos de participación directa del médico para la entrega de anticonceptivos orales;
- un tiempo de espera obligatorio de varios días entre la asesoría sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria y el procedimiento propiamente dicho; y
- requisitos y procedimientos reglamentarios que restringen o retrasan la disponibilidad de métodos anticonceptivos que se consideran generalmente como inocuos en la comunidad científica.

Acceso de los servicios de PF

Se remite al lector al artículo de Shelton y colaboradores (1992), donde se tratan más en detalle estos temas.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACION OBJETIVO QUE CONOCE AL MENOS DE UNA FUENTE DE SERVICIOS O SUMINISTROS ANTICONCEPTIVOS

Elemento

Acceso cognoscitivo.

Definición

La proporción de la población de edad reproductiva (total o por género) que puede citar uno o más lugares concretos donde pueden obtenerse métodos y servicios anticonceptivos.

Datos necesarios

Respuestas a preguntas de encuestas sobre conocimiento del lugar de suministro de métodos anticonceptivos por los servicios brindados en una comunidad dada.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida aproximada del nivel de conocimiento o conciencia existente en la población general en relación con una fuente de servicios o suministros anticonceptivos. Como medida del acceso cognoscitivo, proporciona un indicio de la proporción de la población para la que son inaccesibles los servicios existentes debido a falta de conocimiento del lugar donde se ofrecen. Aunque es probable que el acceso cognoscitivo esté correlacionado con el acceso físico, el "mapa cognoscitivo" de los servicios disponibles puede ser incompleto o inexacto, contribuyendo así a limitar la utilización de los servicios.

En la mayoría de los países, una proporción considerable de la población está consciente de al menos una fuente de servicios o suministros anticonceptivos, pero no necesariamente de fuentes alternativas de servicios que pueden estar físicamente a su alcance. Esta falta de conciencia puede tener, en algunos casos, repercusiones importantes para el uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, los clientes o posibles clientes pueden conocer sólo la instalación o punto de suministro más próximos que ofrecen servicios de planificación familiar, pero no conocer otros puntos de servicio a los que tienen acceso físico que pueden brindar métodos diferentes y quizás servicios de calidad superior. En tales casos, el descontento con la gama de métodos brindados o la calidad de los servicios proporcionados en el POS más próximo pueden resultar en una decisión de no adoptar la anticoncepción o de abandonarla.

En consecuencia, un indicador más perfeccionado del acceso cognoscitivo pudiera evaluar el grado en el que el "mapa cognoscitivo" de los servicios y métodos de la población en su conjunto concuerda con un "mapa objetivo" de la disponibilidad de los servicios y métodos; es decir, el grado de conciencia de las fuentes de servicios físicamente disponibles. Para tales fines, pudiera considerarse un indicador tal como "la proporción de la población que conoce qué métodos existen en una determinada zona y dónde

Acceso de los servicios de PF

pueden encontrarse". Este otro indicador requeriría preguntas convencionales de encuesta sobre conocimientos o percepción de fuentes de métodos y suministros anticonceptivos e información sacada de un plano "objetivo" de los puntos de provisión de servicios dentro de un radio especificado.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

PORCENTAJE DE NO UTILIZACION RELACIONADA CON BARRERAS PSICO-SOCIALES

Elemento

Acceso psico-social.

Definición

La proporción de mujeres deseosas de limitar o espaciar los nacimientos que no están utilizando un método anticonceptivo debido a barreras de índole psico-social; por ejemplo, miedos de estigma social asociado con el uso de los anticonceptivos, miedos de someterse a determinados procedimientos (por ejemplo, exámenes pélvicos), miedo a los efectos secundarios, restricciones sociales sobre mujeres a quienes no se permite viajar solas para buscar servicios, etc.

Datos necesarios

Información sobre las razones para la no utilización de la anticoncepción entre las mujeres que desean limitar los nacimientos.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas o debates en grupos focales.

Finalidad y cuestiones

Este indicador tiene por fin proporcionar una medida del grado en el que barreras psicológicas, de actitud o de origen social limitan el acceso a servicios de planificación familiar por lo demás accesibles. Se ha escrito mucho sobre este tema en los estudios que tratan de identificar los factores para la no utilización de la anticoncepción entre mujeres con una necesidad evidente de planificación familiar, aunque no necesariamente bajo el encabezamiento de factores psico-sociales que afectan al acceso a los servicios.

Al definir este indicador, es importante distinguir entre los factores psico-sociales que afectan a la demanda de planificación familiar y las barreras psico-sociales que se interponen al uso de los anticonceptivos. Los primeros consisten en amplios factores sociales y psicológicos que influyen en las normas de la sociedad en cuanto a la dimensión de la familia, la demanda de hijos (véase el Capítulo V) y la aceptabilidad y los costos sociales-psicológicos de la planificación familiar. Estos últimos, por el contrario, consisten en obstáculos que pudieran superar las personas motivadas para obtener servicios de planificación familiar; es decir, que tienen una demanda o necesidad de planificación familiar (véase el Capítulo VI donde se trata más detenidamente este concepto). Para las personas que no desean limitar o espaciar nacimientos futuros, el presente indicador no es pertinente ya que estas personas no tienen necesidad de servicios de planificación familiar. Sin embargo, para las personas que desean controlar la fecundidad futura, las barreras de origen psico-social pueden inhibir su búsqueda de servicios disponibles. Son las barreras u obstáculos de esta índole aquéllas en las que se concentra el presente indicador.

Dado son específicos para cada contexto que los factores que caen dentro de este encabezamiento, es

Acceso de los servicios de PF

probable que los factores concretos que desempeñan un papel importante en la no utilización de la anticoncepción varíen de un contexto a otro. Así, pues, puede ocurrir que la cifra numérica exacta asociada con una determinada barrera o factor sea menos importante que la clasificación de los problemas por rango. En vista de este hecho, los datos obtenidos de grupos focales (que no proporcionan resultados cuantitativos, tales como porcentajes o relaciones) pueden ser más valiosos para identificar las barreras de esta clase que los datos derivados de entrevistas estructuradas.

Sección B

CALIDAD DE LA ATENCION

Indicadores ilustrativos

- Número de métodos anticonceptivos disponibles en POS específicos
- Porcentaje de sesiones de asesoría con nuevos aceptantes en las que se discuten todos los métodos
- Porcentaje de visitas de clientes en las que el proveedor demuestra su competencia en los procedimientos clínicos, incluida la asepsia
- Porcentaje de clientes que declaran "tiempo suficiente" empleado con el proveedor
- Porcentaje de clientes informados de las horas, fechas y fuentes de abastecimiento o nuevas visitas
- Porcentaje de clientes que perciben que los horarios y días de atención son cómodos

La calidad de la atención se ha convertido en una importante cuestión para los profesionales de los programas internacionales de planificación familiar en años recientes. Esto no quiere decir que el personal del programa no se preocupara anteriormente de las necesidades e intereses de la población cliente. Sin embargo, los gerentes de los programas en muchos países de todo el mundo están ahora adoptando un enfoque más sistemático para la institucionalización del proceso de mejora continua de la calidad en la provisión de servicios de planificación familiar (CEDPA y FHI, 1992). Al propio tiempo, los especialistas en evaluación han estado atareados con la cuestión metodológica de medir la calidad.

Es útil examinar la cuestión de la calidad en una perspectiva histórica. Las primeras iniciativas de planificación familiar en las décadas de 1950 y 1960 estuvieron motivadas por preocupaciones demográficas; los países en vanguardia formularon programas de planificación familiar en un esfuerzo por controlar el rápido crecimiento de la población. Como tales, el objetivo último de estos programas (y de la mayoría de los programas que les han seguido) fue el de reducir la fecundidad. Esto se tradujo a un fuerte énfasis en los aspectos cuantitativos de la provisión de los servicios. ¿Cuántos aceptantes nuevos iniciaron el programa cada año? ¿Qué volumen de anticoncepción se distribuyó? ¿Qué porcentaje de la población sometida a riesgo utilizó un método anticonceptivo? En este sentido, ha predominado un interés en la cantidad en vez de en la calidad de la planificación familiar internacional en el curso de los años.

Sin embargo, ha habido un creciente reconocimiento del vínculo existente entre la cantidad y la calidad (Jain, 1989; Jain, 1992). La prevalencia anticonceptiva la determinan no sólo el número de parejas que adoptan la planificación familiar sino también la duración del período en que siguen practicando la anticoncepción. Además, los nuevos aceptantes se mostrarán más susceptibles de acudir en demanda de un servicio si perciben que su calidad es buena en vez de inferior. Así, pues, incluso quienes se ven impulsados por metas demográficas y objetivos programáticos están comenzando a reconocer la importancia de la calidad en los programas de planificación familiar. Además, hay muchos que apoyan el movimiento de la calidad partiendo de la premisa humanista de que todas las mujeres merecen recibir

los mejores servicios posibles dentro de los límites de las condiciones locales (Jain et al., 1993).

Otras razones posibles para el énfasis en la cantidad frente a la calidad ha sido la dificultad de medir esta última. Si bien es relativamente fácil contar el número de anticonceptivos distribuidos, es considerablemente más complejo medir la calidad de la atención.

Dos eventos a fines de la década de 1980 contribuyeron a avanzar la evaluación de la calidad. Primero, Judith Bruce (1990) formuló y publicó un marco conceptual para describir la calidad de la atención. Este marco incluye seis elementos: selección de métodos, información proporcionada a los clientes, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de continuidad y constelación de servicios (modificada posteriormente por los profesionales a "idoneidad y aceptabilidad de los servicios").

Segundo, se organizó un subcomité sobre Calidad de la Atención bajo los auspicios del Grupo Especial de la USAID sobre Mejoramiento de los Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar. Este grupo adoptó el marco de Bruce y proporcionó indicadores ilustrativos para los seis elementos del marco. Animaron a sus colegas en el campo a "permitir que nazcan las 100 flores" (es decir, experimentar con enfoques diferentes para abordar la cuestión de medir la calidad) (Subcomité sobre Indicadores de la Calidad en la Provisión de Servicios de Planificación Familiar, 1990). Esta actividad preparó el camino para que distintas organizaciones formularan y sometieran a prueba métodos diferentes de abordar la calidad de acuerdo con sus necesidades institucionales.

A principios de 1992, un Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios se reunió bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION para examinar las cuestiones de la cantidad, la calidad y el costo en los programas de planificación familiar. Este grupo identificó la calidad como área que se beneficiaría óptimamente de un mayor perfeccionamiento de los indicadores y métodos de evaluación. Este grupo de trabajo, así como un subcomité de este grupo, trabajó para definir una lista básica de indicadores mensurables que concordase con el marco de Bruce (que ha sido adoptado ampliamente por los organismos que cooperan con la USAID), el cual podría convertirse en la norma para las entidades que trabajan en esta esfera. El proceso se benefició enormemente de la labor realizada por organizaciones que trabajan activamente en la medición de la calidad, tales como el Consejo de Población a través de su Análisis de Situación (Fisher et al., 1992; Mensch et al., 1993).

La lista básica de indicadores formulada por el subcomité en junio de 1992 figura en el Apéndice C (Proyecto EVALUACION, 1992b). Algunos han indicado que la lista actual de 42 indicadores debería reducirse a un número más manejable, en especial a la luz de la correlación recíproca probable entre los indicadores en cuanto a un elemento dado (es decir, un programa que recibiría una buena puntuación conforme a una segunda medida de la selección del método). Sin embargo, ha habido tan poca investigación con estos indicadores que no se conoce todavía cuáles son más prácticos de recopilar en el campo y cuáles están más correlacionados con las medidas del resultado (por ejemplo, continuación, prevalencia). Así, pues, se ha mantenido la lista completa durante la etapa actual de prueba. Sin embargo, para los fines del presente Manual, sólo un indicador por elemento se ha seleccionado y se describe en detalle. Como tales, los indicadores incluidos en el texto deberán considerarse como ilustrativos.

Calidad de la atención

Indicador

NUMERO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN POS ESPECIFICOS

Elemento

Selección de métodos.

Definición

"Número disponible" se refiere a los observables en un POS dado, que no han expirado, para cuya administración se dispone de un proveedor capacitado (por ejemplo, inserción de DIU, ligadura de trompas de Falopio).

Datos necesarios

Recuento de los diferentes tipos de métodos disponibles en un POS que no han expirado, junto con verificación de que se dispone de los proveedores de servicios apropiados para proporcionar los métodos a los clientes.

Fuente o fuentes de datos

Observación en el POS (por ejemplo, tal como se hace en el análisis de situación).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la "condición necesaria pero no suficiente" para asegurar una gama completa de métodos anticonceptivos para los clientes, uno de los seis elementos del marco de Bruce.

Para que se disponga de un método, se requiere acción en dos niveles: (1) al nivel gerencial, a fin de asegurar que se dispone en un lugar determinado de suministros de anticonceptivos no expirados y de proveedores capacitados; y (2) al nivel de proveedor, para brindar eficazmente todos los métodos apropiados a un cliente dado. (En este sentido, "apropiado" se utiliza con referencia a las intenciones reproductivas del cliente y posibles contraindicaciones médicas.) La observación de los suministros existentes mide la capacidad del gerente para almacenar todos los métodos apropiados para el tipo de instalación en cuestión. Para una medida de la disposición de un proveedor a ofrecer todos los métodos apropiados, véase el Indicador #6 en el Apéndice C.

Indicador

PORCENTAJE DE SESIONES DE ASESORIA CON NUEVOS ACEPTANTES EN LAS QUE SE DISCUTEN TODOS LOS METODOS

Elemento

Información proporcionada a los clientes.

Definición

"Todos los métodos" se refiere a los que están disponibles en el POS y son apropiados para el cliente en particular (en términos de intenciones reproductivas y posibles contraindicaciones).

Datos necesarios

Lista comprobatoria de los métodos descritos por el proveedor.

Fuente o fuentes de datos

Observación de la interacción entre proveedor y cliente (por un observador o, si es posible, por un cliente desconocido); entrevista a la salida de establecimientos (si no es posible la observación).

Finalidad y cuestiones

Este elemento se refiere a la pregunta: ¿es la información proporcionada a los clientes completa, exacta y comprensible? Se refiere al contenido de lo que se dice (en contraste al Elemento #4 que refleja el aspecto afectivo de cómo se dice).

Si el proveedor está consciente de ser observado, puede hacer una presentación de los métodos más minuciosa que la normal. Así, pues, el uso de un cliente desconocido (miembro del equipo de investigación que se presenta como cliente para los fines de observar la provisión del servicio "en condiciones normales") es especialmente apropiado para obtener esta información. Sin embargo, esta técnica no funcionará bien en marcos rurales o en los POS con una clientela conocida (por ejemplo, el programa de CBD) donde cualquier "cara nueva" podría considerarse con sospecha.

También pudiera entrevistarse a los clientes, a medida que salen de la instalación, acerca de los métodos que analizaron en la sesión. Sin embargo, este enfoque depende de la capacidad de recordar, por una parte, y de la mención de los métodos conocidos anteriormente (que no se presentaron realmente en la sesión), por la otra.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE VISITAS DE CLIENTES EN LAS QUE EL PROVEEDOR DEMUESTRA SU COMPETENCIA EN PROCEDIMIENTOS CLINICOS, INCLUIDA LA ASEPSIA

Elemento

Competencia técnica.

Definición

La evaluación de "competencia" deberá fundamentarse en el seguimiento de las pautas para la provisión del servicio establecidas al nivel nacional e institucional. Quienes realizan la evaluación han de determinar los "procedimientos clínicos" concretos que se incluirán.

Datos necesarios

- Lista de procedimientos que se evaluarán
- Lista de criterios para evaluar la competencia
- Puntuación para cada procedimiento

Fuente o fuentes de datos

Observación por un grupo de profesionales clínicos a los que se juzga expertos en este campo.

Finalidad y cuestiones

La competencia técnica es vital para la cuestión de la calidad de la atención. Aunque el cliente puede no estar en condiciones de juzgar si se están utilizando en una determinada visita clínica los procedimientos clínicos correctos, incumbe al programa de planificación familiar establecer normas para la provisión de servicios de planificación familiar y vigilar el cumplimiento de dichas normas. Independientemente de lo modestas que sean las instalaciones físicas, es absolutamente necesario mantener un nivel mínimo de competencia técnica en los proveedores de los servicios.

La vigilancia puede llevarse al extremo de que se convierta en una barrera médica si se exigen pruebas y procedimientos innecesarios en aras de salvaguardar la salud del paciente. Sin embargo, este hecho no reduce la importancia de requerir que los proveedores de los servicios sean técnicamente competentes.

Este "indicador" requiere no uno sino muchos puntos de medición, de acuerdo con los diferentes procedimientos requeridos para proporcionar a los clientes la gama completa de métodos anticonceptivos. Una evaluación de esta índole podría ser prolongada, abarcando muchos aspectos diversos de la provisión de servicios, o podría limitarse a los 2 ó 3 aspectos que los expertos clínicos consideren más esenciales para salvaguardar la salud del cliente.

Si bien este tipo de evaluación es común en las instalaciones clínicas, puede adaptarse de forma que encaje también en los programas de CBD y mercadeo social de anticonceptivos. Concretamente, se determinaría lo que un trabajador de CBD o un empleado de la farmacia o establecimiento de venta debería hacer con respecto a cada método brindado a los clientes, y se diseñaría un instrumento que permita dar una puntuación a estos trabajadores en una situación real. Sin embargo, puesto que estos tipos de trabajadores no desempeñan

Calidad de la atención

procedimientos clínicos, esta evaluación se concentrará principalmente en los aspectos de asesoría de la provisión de servicios.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES QUE DECLARAN "TIEMPO SUFICIENTE" EMPLEADO CON EL PROVEEDOR

Elemento

Relaciones interpersonales.

Definición

El cliente define la característica de "suficiente" de acuerdo con sus propias expectativas y percepciones; tomando como base el número de clientes interrogados durante un período dado (por ejemplo, día o semana).

Datos necesarios

Respuesta del cliente a la pregunta en el cuestionario.

Fuente o fuentes de datos

Entrevista a la salida del establecimiento, encuesta de seguimiento en el hogar del cliente.

Finalidad y cuestiones

Este indicador forma parte de una serie de indicadores que miden las actitudes de los clientes hacia sus interacciones con los proveedores de servicios. Se supone que dichas actitudes contribuyen a la satisfacción general del cliente con los servicios. (Otros rubros en este bloque de indicadores atañen al tiempo total de la visita, la facilidad o dificultad para hacer preguntas, la cortesía y el tratamiento respetuoso por el personal.)

Esta serie de rubros es muy susceptible a un sesgo de cortesía, en especial si el cliente considera que el entrevistador trabaja para el programa de planificación familiar. Además, en las sociedades en las que las poblaciones de bajos ingresos consideran que deben aceptar cualquier calidad de servicio disponible, los encuestados pueden no comprender plenamente la naturaleza de la pregunta que se les hace; pueden no comprender que podrían ofrecerse mejores servicios; o pueden considerar que no es apropiado hacer comentarios negativos acerca de los proveedores de los servicios o de los servicios brindados (Subcomité sobre Indicadores de la Calidad en la Provisión de Servicios de Planificación Familiar, 1990).

En vista de estas limitaciones, pudiéramos poner en tela de juicio el valor de obtener las opiniones de los encuestados sobre estos temas. Sin embargo, quienes trabajan en el área de la calidad de la atención argumentan que, durante décadas, los donadores y los gerentes de programas han decidido cómo deberían trabajar los servicios, sin tomar en cuenta la perspectiva de los clientes. Podría obtenerse una medida mucho más fiable del "tiempo empleado con el proveedor de los servicios" utilizando a un observador externo que mida el tiempo transcurrido; sin embargo, no se sabría cómo reaccionó el cliente ante esta espera. Un retraso de treinta minutos pudiera parecer largo en una sociedad, corto en otra. Así, pues, lo que es importante no es el tiempo real transcurrido sino más bien la actitud del cliente hacia el mismo, que se espera afecte a la probabilidad de que adopte y mantenga el uso de un anticonceptivo.

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES INFORMADOS DE LAS HORAS, FECHAS Y FUENTES DE ABASTECIMIENTO O NUEVAS VISITAS

Elemento

Mecanismos para asegurar la continuidad.

Definición

Los clientes necesitan conocer:

- cuándo tienen que volver;
- a dónde volver (si es un punto distinto del POS); y
- dónde reabastecerse (si es distinto del mismo POS, en especial si otros posibles puntos son más cómodos).

Datos necesarios

Pruebas de que el proveedor informa al cliente de la hora, fecha y fuentes de reabastecimiento o nuevas visitas.

Fuente o fuentes de datos

Observación (de preferencia con un cliente simulado); entrevistas con los clientes a la salida del establecimiento.

Finalidad y cuestiones

La "necesidad de regresar" dependerá de las características personales del cliente, así como de la clase de método prescrito. Por consiguiente, esta parte de la evaluación debería medir la existencia de criterios claramente expuestos con respecto a las fechas de las nuevas visitas y el cumplimiento de dichos criterios por parte del proveedor.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES QUE PERCIBEN QUE LOS HORARIOS Y DÍAS DE ATENCION SON COMODOS

Elemento

Idoneidad y aceptabilidad de los servicios.

Definición

(Autoexplicativo).

Datos necesarios

Respuestas de los clientes en entrevistas estructuradas o grupos focales.

Fuente o fuentes de datos

Entrevista a la salida de los establecimientos; seguimiento de los clientes; grupo focal de clientes.

Finalidad y cuestiones

Los indicadores de este elemento abarcan diversos aspectos de la provisión de los servicios que inciden en la satisfacción del cliente. Entre los indicadores adicionales para medir la idoneidad y aceptabilidad de los servicios figuran las percepciones del cliente con respecto a la privacidad mantenida en el asesoramiento, la privacidad del examen físico, el tiempo de espera, la cantidad de tiempo con el proveedor, las características sociodemográficas del personal (género, grupo étnico, edad) y la idoneidad de la instalación. Así, pues, aunque representa una categoría algo general, estas cuestiones influyen fuertemente en la decisión de un posible cliente de buscar servicios, adoptar un método anticonceptivo y mantener su uso.

En sociedades en las que poblaciones de bajos ingresos tienen pocas expectativas del sistema sanitario, los clientes pueden considerar que han de aceptar lo que puedan obtener; análogamente, las horas y días pueden estar tan fijos en un determinado contexto que nadie se preocupará de cuestionarlos. Tal como se indicó en relación con el indicador precedente "el cliente declara tiempo suficiente con el proveedor", puede haber un marcado sesgo de cortesía, en especial si se percibe que el entrevistador trabaja para el programa de planificación familiar.

Sección C

IMAGEN DEL PROGRAMA

- Número y tipo de actividades para mejorar la imagen pública de la planificación familiar durante un período de referencia (por ejemplo, un año)
- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

De los tres componentes de los productos de la adecuación del servicio—acceso, calidad e imagen del programa—se ha hecho mucho más trabajo en relación con los primeros dos que en relación con el tercero. Sin embargo, sobre la base de la experiencia de los especialistas en mercadeo en el sector privado, la imagen del programa puede tener un aspecto notable en la reacción del público ante la filosofía de planificación familiar y las actitudes individuales hacia el uso de los anticonceptivos.

Hay numerosos ejemplos de iniciativas encaminadas a configurar y mejorar la imagen pública de un programa, vinculados a menudo con cambios estructurales dentro de la organización. En Indonesia, la Campaña del Círculo Azul se lanzó para crear una fuerte imagen de calidad en la provisión de servicios de planificación familiar por parte del gobierno. En Guatemala, APROFAM (asociación privada de planificación familiar) fue objeto de un ataque sin tregua en los medios de información por parte de facciones conservadoras a mediados de la década de 1980. APROFAM respondió expandiendo sus servicios para incluir una gama más amplia de intervenciones de salud reproductiva y situándose como importante contribuyente al mejoramiento de la salud entre las mujeres de todo el país.

¿Qué éxito tienen tales actividades? Dado el costo de seguir las actitudes públicas hacia la planificación familiar, a menudo se han lanzado iniciativas encaminadas a mejorar la imagen del programa sin un monitoreo riguroso. Los fondos limitados para investigación que existan se dirigen a menudo a la investigación del público destinatario en relación con los grupos y mensajes más apropiados o en pruebas previas de los materiales antes de la producción.

En el pasado, una fuente común de datos sobre la opinión pública acerca de la planificación familiar fue la encuesta tradicional de conocimiento-actitud-práctica (KAP). Sin embargo, a medida que este tipo de encuesta evolucionó hasta convertirse en una Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva y posteriormente en la EDS (Encuesta Demográfica y de Salud), la pregunta "blanda" sobre las actitudes generales hacia la aceptación de la planificación familiar se abandonó en países de prevalencia moderada a alta por razón de que las respuestas a dichas preguntas tenían poco valor cuando una proporción considerable de encuestados la constituían usuarios actuales de anticonceptivos. En la actualidad, el uso de este tipo de pregunta se limita principalmente a las encuestas destinadas a vigilar una iniciativa de comunicación concreta y en países de la EDS de baja prevalencia.

En esta sección, hemos establecido un paralelismo entre las actitudes hacia la planificación familiar en general y las actitudes hacia el programa (nacional) de planificación familiar. Si bien hay casos en los que el público hace una clara distinción entre ambas, en general las dos clases de actitudes tienden a ser similares. Si la distinción fuera importante, podríamos modificar los indicadores propuestos en consecuencia.

Por ahora, sólo se proponen dos indicadores para la imagen del programa.

Indicador

NUMERO Y TIPO DE ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA IMAGEN PUBLICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE UN PERÍODO DE REFERENCIA

Definición

Cantidad de mensajes (bien a través de los medios de comunicación o a través de cauces interpersonales) u otras actividades que tratan explícitamente de colocar las metas y objetivos del programa en una luz favorable a fin de realzar la imagen institucional y mejorar la opinión pública hacia la planificación familiar en general.

Datos necesarios

Inventario de comunicaciones diseminadas durante un período dado (por ejemplo, un año).

Fuente o fuentes de datos

Departamento de I-E-C, empresa de publicidad contratada para tal fin.

Finalidad y cuestiones

Si bien este indicador puede proporcionar teóricamente esta clase de información, la mayoría de los evaluadores preferirían conocer la eficacia de dichos programas de comunicación en lo que respecta a cambiar las actitudes (suponiendo que éste sea uno de los objetivos). Así, pues, el indicador siguiente sobre la actitud pública hacia la planificación familiar es en mucho el más práctico y pertinente.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACION OBJETIVO FAVORABLE AL PROGRAMA (NACIONAL) DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Porcentaje de la población que da una respuesta positiva respecto a la actitud hacia la planificación familiar, en general, o hacia el programa nacional, en particular.

Datos necesarios

Porcentaje que da una respuesta positiva a una pregunta sobre actitudes en la encuesta.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas de la población objetivo.

Finalidad y cuestiones

Este indicador puede utilizarse con respecto a la planificación familiar en general (abarcando a proveedores diferentes de servicios de planificación familiar en ese país) o a un programa o institución concretos (por ejemplo, el programa de mercadeo social). Sirve para determinar el sentimiento del público que puede influir en el comportamiento individual y permite vigilar la legitimación de la planificación familiar en el curso del tiempo.

Este indicador puede ser especialmente útil en poblaciones de difícil acceso (a menudo a nivel de proyecto). Por ejemplo, una investigación cualitativa entre los Mayas en un departamento de Guatemala indicó que muchas personas consideraban la planificación familiar como dar muerte a los niños por nacer de una mujer en particular (Ward et al., 1992). En esta situación, sería útil supervisar el efecto de las intervenciones del programa sobre esta actitud en el curso del tiempo.

Capítulo V

Demanda de Hijos

- Promedio de la dimensión deseada de la familia
- Deseo de hijos adicionales
- Condición deseada de nacimientos previos
- Tasa global de fecundidad deseada (WTFR)

INDICADORES PARA MEDIR LA DEMANDA DE HIJOS (DEMANDA DE FECUNDIDAD)

La conceptualización y medición de la demanda de hijos han sido objeto de muchas investigaciones. Tomando como base teorías microeconómicas y de la demanda del consumidor en la toma de decisiones reproductivos, por demanda de hijos se entiende generalmente el número de hijos que los padres seleccionarían tener si no hubiesen problemas subjetivos o económicos en controlar la fecundidad (Bulatao y Lee, 1983; Easterlin, 1978; McClelland, 1983; Espenshade, 1977). La demanda se considera como una cuestión de preferencia relativa de los hijos frente a otras actividades de consumo, e incluye preferencias en cuanto a cronología, espaciamiento y género de los hijos además de la cantidad (Bulatao, 1981). Algunos investigadores agregarían la condición de que el concepto de la demanda ha de tener también una referencia cronológica (por ejemplo, en la fecha de una encuesta), ya que se supone que los padres obtienen información adicional y más exacta sobre los costos y beneficios de los hijos a medida que pasan a través de los años reproductivos y, por tanto, es posible que la demanda cambie en el curso del tiempo (Lee, 1980; Pullum, 1980).

Tal como se indicó en la introducción de este Manual, la demanda de hijos es influenciada por un gran número de factores a nivel de la sociedad y del individuo. Una importante característica del marco conceptual del Proyecto EVALUACION es la de que se considera que la demanda de fecundidad también es influenciada por las características de los programas de planificación familiar. Concretamente, se considera a las características de la oferta de planificación familiar (cuyos indicadores se presentan en los Capítulos II y III de este Manual) son relevantes en influir en la demanda de hijos y en la demanda de servicios de planificación familiar (cuyos indicadores se tratan en el Capítulo VI), en caso de que las mujeres o las parejas decidan actuar para hacer efectivas sus preferencias en cuanto a fecundidad.

Para los fines de la gestión programática, los indicadores de la demanda de fecundidad son útiles en varios aspectos. Primero, proporcionan información sobre las normas y preferencias de la sociedad imperante con respecto a la dimensión de la familia, así como los cambios en estas normas y preferencias en el curso del tiempo. En vista de sólidas pruebas empíricas que vinculan las medidas de preferencia de la fecundidad con el uso actual y futuro de anticonceptivos y los niveles de fecundidad (Westoff, 1990; Bongaarts, 1991a), los indicadores de la demanda de fecundidad pueden proporcionar información valiosa sobre el nivel de demanda futura de servicios de programas de planificación familiar.

En segundo lugar, cuando se combinan con información sobre la fecundidad actual y el uso de anticonceptivos, los indicadores de la demanda de fecundidad proporcionan una base para obtener dos indicadores útiles del resultado de los programas: (1) el nivel de "necesidad no satisfecha" de servicios de planificación familiar y (2) la proporción de la demanda total de servicios de planificación familiar que satisface el uso actual de anticonceptivos (véase el Capítulo VI donde se habla de estos indicadores).

Ha habido un acalorado debate en el curso de los años entre los demógrafos sobre el hecho de si el concepto de la demanda puede medirse con validez mediante preguntas de encuestas convencionales sobre las preferencias e intenciones en materia de fecundidad (Demeny, 1988; Hauser, 1967; McClelland, 1983). Investigaciones metodológicas sugieren que las preguntas "estándar" sobre preferencias e intenciones reproductivos sí reflejan el concepto de la demanda en el sentido (aproximadamente) económico del término, aunque ciertos juegos de preguntar parecen más válidos que otros (Bulatao y Lee, 1983; McClelland, 1983). Además, dado el cúmulo bastante amplio de pruebas empíricas que muestran un alto grado de coherencia entre las respuestas a preguntas estándar y el

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

comportamiento real en materia de anticoncepción y de fecundidad en un gran variedad de países en desarrollo, pueden ciertamente obtenerse medidas aparentemente significativas de las aspiraciones en materia de fecundidad de las clases de preguntas que se incluyen por lo común en las encuestas demográficas (Westoff, 1990; Bongaarts, 1991a).

En este capítulo se proponen cuatro indicadores, con un análisis de los puntos fuertes y de las limitaciones de cada uno como medidas pertinentes de la demanda de fecundidad.

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

Indicador

PROMEDIO DE LA DIMENSION DESEADA DE LA FAMILIA

Definición

El número promedio de hijos que las mujeres (o las parejas) de edad reproductiva escogerían si pudiesen tener exactamente el número deseado.

Datos necesarios

Respuestas a preguntas sobre el número deseado de hijos (véanse a continuación detalles sobre la redacción de las preguntas).

Fuente o fuentes de datos

Datos basados en los usuarios del establecimiento o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

El tamaño de la familia ideal o deseada es el indicador mejor conocido y más ampliamente disponible de las preferencias o demanda de fecundidad. La mayoría si no todas las encuestas de planificación familiar/fecundidad realizadas en años recientes incluyen la pregunta o preguntas requeridas para el indicador. Como se desprende claramente de la definición que figura más arriba, el indicador proporciona una medida del nivel de fecundidad completa deseada por las mujeres o parejas en circunstancias ideales, en los que pueden controlar perfectamente su fecundidad y tienen exactamente el número de hijos que desean.

La fuente más común (y preferida) de datos para el indicador la constituyen las encuestas sobre población. La EDS hace preguntas separadas a las mujeres con y sin hijos vivos. A las mujeres sin hijos vivos se les pregunta "Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que va a tener en toda su vida, ¿cuántos tendría?". A las mujeres con hijos vivos se les pregunta: "Si pudiera volver al tiempo en que no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que va a tener en toda su vida, ¿cuántos tendría?". Tomando como base este tipo de preguntas, los términos dimensión de la familia "deseada" e "ideal" pueden utilizarse indistintamente y, en la práctica, así se utilizan. Preguntas aproximadamente iguales se incluyeron en programas previos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) y la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva (CPS).

También puede obtenerse información sobre preferencias reproductivas en los sistemas de registros de clientes de las clínicas de planificación familiar. La información se obtiene de ordinario, junto con el historial reproductivo de la cliente, durante una entrevista inicial con nuevas aceptantes. Cabe destacar dos diferencias importantes entre estos datos y los datos basados en encuestas. Primero, los datos basados en las clínicas se refieren normalmente a la dimensión de la familia deseada, cuenta existente del número actual de hijos de la cliente, mientras que los datos de la encuesta representan una medida más idealizada; es decir, el número de hijos que las mujeres tendrían si pudiesen "comenzar de nuevo". Segundo, cabe reconocer que los datos sobre la dimensión de la familia deseada obtenidos de fuentes basadas en instalaciones sanitarias reflejan la demanda de hijos entre las mujeres que buscan servicios

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

clínicos de planificación familiar basados en las clínicas y no indican necesariamente el nivel de demanda de hijos en la población en general. Por esta razón, los datos de las encuestas basadas en población se prefieren normalmente como fuente de información sobre la demanda de hijos al nivel de población.

Si bien el indicador se utiliza ampliamente, la investigación metodológica indica que tiende a no ser un indicador libre de sesgos de la demanda y se considera que adolece de los sesgos siguientes (Westoff, 1991; Bongaarts, 1990):

- la tendencia de las encuestadas a dar respuestas "normativas";
- la tendencia de mujeres de alta la paridad a racionalizar los embarazos no deseados declarando dimensiones deseadas de la familia iguales o superiores a su la paridad actual (es decir, racionalización ex post facto); y
- la incapacidad o renuencia por parte de las encuestadas a cuantificar sus deseos de fecundidad (por ejemplo, "tantos como sea posible" o "los que Dios quiera").

Las pruebas obtenidas en investigaciones hasta la fecha indican que otros indicadores considerados en este capítulo pueden proporcionar medidas más válidas del nivel de demanda de hijos.

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

Indicador

DESEO DE HIJOS ADICIONALES

Definición

El número o proporción de mujeres (o parejas) de edad reproductiva que desean tener un (otro) hijo o, a la inversa, que no desean tener hijos adicionales.

Datos necesarios

Números o proporciones de encuestados que declaran que desean o no desean hijos adicionales.

Fuente o fuentes de datos

Datos basados en la clínica o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador se utiliza ampliamente en las encuestas para identificar a las mujeres (o parejas) que tienen demanda de hijos adicionales, por una parte, y las que no desean más hijos y, por tanto, tienen una necesidad o demanda aparente de limitación de la fecundidad, por la otra. En la EDS, a las mujeres no embarazadas casadas o en unión se les pregunta: "¿Quisiera tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún hijo más?" A las mujeres que están embarazadas (o que no están seguras de su condición) en el momento de la encuesta se les pregunta: "Después del hijo que espera, ¿quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?"

Tomando como base las respuestas a estas preguntas, los encuestados pueden dividirse en dos categorías: quienes desean hijos adicionales y quienes desean dejar de tener hijos, y se considera a las mujeres comprendidas en esta última categoría que tienen una "demanda de planificación familiar" (véase el Capítulo VI). Una reciente publicación ilustra el uso de preguntas similares a las de la EDS para examinar diferencias y tendencias entre los países en cuanto a intenciones de poner fin a la fecundidad (Westoff, 1991).

Las respuestas de esta clase también pueden utilizarse junto con información sobre la fecundidad actual o el uso de anticonceptivos para evaluar el nivel de necesidad no satisfecha de planificación familiar (véase el Capítulo VI).

A veces, puede obtenerse información comparable de estadísticas sobre servicios de los programas de planificación familiar basados en las clínicas. A menudo, se hacen preguntas similares a las incluidas en la EDS a nuevas clientes (como mínimo) para determinar lo apropiado de diferentes métodos anticonceptivos en relación con las intenciones reproductivas; es decir, métodos apropiados para limitar los nacimientos frente al espaciamiento de los hijos. Las reservas relativas al uso de datos basados en las clínicas que se advirtieron en relación con el indicador precedente también se aplican a este indicador.

A pesar de preocupaciones anteriores en cuanto a la validez de las preguntas de encuestas de este tipo para pronosticar el comportamiento real en materia de fecundidad, estudios recientes han proporcionado pruebas bastante convincentes de fuertes asociaciones a nivel agregado entre los deseos expresados de hijos adicionales, por un lado, y patrones de uso actual de anticonceptivos y fecundidad

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

actual y futura, por el otro (Bongaarts, 1990; Westoff, 1991). En la actualidad, se considera que el indicador está relativamente libre de sesgos ya que no hay razones evidentes para que las encuestadas den preferencias menores o mayores a la realidad en cuanto a seguir teniendo hijos.

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

Indicador

CONDICION DESEADA DE NACIMIENTOS PREVIOS

Definición

El número o proporción de nacimientos que ocurren durante un período de tiempo especificado anterior que eran "deseados" o, a la inversa, "no deseados".

Los nacimientos se clasifican como deseados cuando las encuestadas declaran que querían tener hijos en el momento de quedar embarazadas con el nacimiento en cuestión.

Nacimientos no deseados son aquéllos para los que las encuestadas declaran que no querían hijos adicionales en el momento de quedar embarazadas.

Datos necesarios

Respuestas a preguntas retrospectivas sobre si las encuestadas querían o no tener hijos adicionales en el momento de quedar embarazadas durante el intervalo de tiempo especificado (por ejemplo, para los nacimientos ocurridos en los 2-5 años antes de una encuesta).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador se ha propuesto como otra alternativa de la medida de la dimensión de la familia deseada de la demanda de fecundidad. En principio, el indicador proporciona una medida simple y relativamente directa de la "fecundidad deseada", una medida de la demanda de fecundidad reciente. Al contrario de los dos indicadores precedentes de la demanda, este indicador trata de medir la demanda en un punto especificado en el pasado (en la fecha del último embarazo), en vez de sobre la base de las intenciones reproductivas actuales.

Los nacimientos deseados consisten en nacimientos de mujeres que deseaban un hijo (más) en el momento de quedar embarazadas con el hijo de referencia, más los nacimientos resultantes de los embarazos que eran deseados, pero no en el momento en que ocurrieron (es decir, fallas en cuanto a cronología). Los nacimientos no deseados son aquéllos que ocurren en mujeres que no deseaban tener hijos adicionales en el momento de quedar embarazadas.

El indicador puede derivarse de una pregunta sobre si las encuestadas deseaban o no tener hijos adicionales en el momento de quedar embarazadas para los nacimientos ocurridos en el período inmediatamente anterior a la encuesta. En la EDS, por ejemplo, se hace la siguiente pregunta en relación con todos los nacimientos en los cinco años precedentes a la encuesta: "Inmediatamente antes de quedar embarazada con (nombre del hijo), ¿deseaba usted entonces tener más hijos, deseaba esperar más tiempo o no deseaba tener más hijos?" Nacimientos deseados son los correspondientes a las dos primeras categorías.

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

La proporción de nacimientos previos que se declaran como no deseados proporciona un indicador conceptualmente simple del grado de fallas en el control de la natalidad. Debido a posibles problemas metodológicos, no obstante (véanse los pormenores a continuación), este indicador no se ha utilizado ampliamente. Los investigadores han considerado desde hace tiempo que el indicador puede sufrir graves sesgos hacia una declaración excesiva del nivel real de "fecundidad deseada" debido a renuencia por parte de las encuestadas a admitir embarazos no deseados en situaciones de entrevista en encuestas. Un estudio reciente de siete países sometidos a la encuesta EDS corrobora empíricamente este punto de vista (Bongaarts, 1990). En los siete países, la tasa de fecundidad total basada en las declaraciones del estado deseado de los nacimientos correspondientes a los cinco años precedentes a la encuesta (llamados "tasa de fecundidad deseada declarada") fue, como promedio, del 12 por ciento más alta que la tasa de fecundidad deseada, que de por sí se consideraba que exageraba el "nivel verdadero" de fecundidad deseada.

A pesar de estas reservas, un estudio reciente en el que se utilizaron datos de la EDS procedentes de Indonesia llegó a la conclusión de que el nivel de fecundidad no deseada que representa el indicador, estimado al 28 por ciento de los nacimientos en los cinco años precedentes a la encuesta, era verosímil dada su concordancia con cierto número de variables del comportamiento, lo que indica que el indicador pudiera estar suficientemente libre de sesgos para ser útil en algunos entornos (quizás en entornos en los que el control de la fecundidad es ampliamente practicado y las encuestadas son más sinceras en la declaración de las fallas del control de la fecundidad en situaciones de entrevistas de encuesta) (Weller et al., 1981).

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA (WTFR)

Definición

El número de hijos por mujer (o por 1.000 mujeres) de un cohorte hipotética cuyos hijos nacen de acuerdo con las tasas actuales de fecundidad por edad si sólo ocurriesen nacimientos "deseados".

Para este indicador, nacimientos "deseados" se definen tomando en cuenta la dimensión de la familia deseada (tal como se definió anteriormente en este capítulo) como el número de hijos sobrevivientes. Todos los nacimientos durante un período de referencia concreto (de ordinario, de 2 a 5 años antes de la encuesta) que no hacen que el número de hijos sobrevivientes de la encuestada supere la dimensión de la familia deseada manifestada se clasifican como nacimientos deseados. Los nacimientos que hacen que el número de hijos sobrevivientes supere la dimensión de la familia deseada se consideran como nacimientos no deseados.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$WTFR = 5 \sum (WB_a / E_a)$$

Donde:

WB_a = el número de nacimientos que son "deseados" en mujeres del grupo quinquenal de edades a en un determinado año o período de referencia,

E_a = el número de años-persona de exposición en el grupo de edades a durante el período de referencia.

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

Cálculo ilustrativo

Estimación de la WTFR para mujeres de 15-44 años de edad en los 36 meses antes de la encuesta, Nordeste del Brasil.

Grupo de edades	Total de nacimientos	Nacimientos deseados	Años-persona de exposición	Tasa/mujer
	B_a	WB_a	E_a	
15-19	289	269	3829	0,068
20-24	619	466	3299	0,146
25-29	459	281	2733	0,103
30-34	349	151	2324	0,065
35-39	218	78	2267	0,034
40-44	71	20	1872	0,011

$$\text{WTFR} = 5(0,068+0,146+0,103+0,065+0,034+0,011) = 2,13$$

(Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud del Nordeste del Brasil, 1991.)

Datos necesarios

Las respuestas a las preguntas de la encuesta sobre:

- números y fechas de nacimientos durante un período reciente (característicamente los 2-5 años antes de la encuesta);
- número deseado de hijos o dimensión de la familia; y
- número de hijos nacidos y número de hijos que sobreviven.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La WTFR es una medida de la fecundidad "deseada", medida hipotética de cuál sería la tasa de fecundidad total dadas las tasas de fecundidad por edad de un período reciente a condición de que todas las preferencias de fecundidad de las mujeres se cumplieran perfectamente; es decir, si sólo ocurrieran los nacimientos "deseados". La medida representa un intento por evitar el presunto sesgo en la declaración de la condición deseada de los nacimientos recientes, mediante la definición del estado de deseado sobre la base de la correspondencia (o falta de correspondencia) entre la dimensión declarada de la familia

Demanda de hijos (Demanda de fecundidad)

deseada y el número de hijos sobrevivientes.

El indicador se calcula como la suma de las tasas de fecundidad por edad, o la tasa global de fecundidad, dejando por fuera los nacimientos en el período de referencia que hacían que el número de hijos sobrevivientes de las encuestadas exceda al número de hijos que declararon desear.

En la EDS, el número de nacimientos durante el período de referencia se deriva del historial de nacimientos en el cuestionario, del número de hijos sobrevivientes tomado de las preguntas sobre fecundidad acumulada y supervivencia de los hijos, y de la información sobre la dimensión de la familia deseada procedente de las preguntas que se describieron anteriormente en este capítulo.

La definición que antecede de la WTFR se basa en el trabajo de Lightbourne (1985, 1987) y Westoff (1991) (que llama a la medida "tasa de fecundidad total deseada"). En una publicación reciente, Bongaarts (1990) propone una definición modificada de la WTFR en la que los nacimientos deseados se definen sobre la base de si las mujeres de la encuesta deseaban nacimientos adicionales en el momento de la encuesta en vez de sobre la base de la comparación del número deseado de hijos y el número de hijos sobrevivientes. En esta definición, los nacimientos dentro de un período de referencia especificado se clasifican como deseados si la encuestada declaró desear hijos adicionales en el momento de la encuesta.

El argumento a favor de la definición alternativa es el de que se basa en las respuestas a preguntas sobre preferencias de hijos adicionales, indicador de la demanda que se considera menos afectado por sesgos de declaración que el indicador de la dimensión de la familia deseada (Bongaarts, 1990). Se remite al lector al análisis precedente de estos indicadores. Al comparar las estimaciones de estas dos versiones de la WTFR para 48 países de la EDS, se observa que las dos medidas se aproximan razonablemente para la mayoría de los países, con una diferencia promedio entre las medidas de 9 por ciento, aproximadamente, 4,09 frente a 3,76 (Bongaarts, 1990). Tomando como base las pruebas disponibles, cualquier versión de la WTFR parece ser preferible a utilizar el estado deseado de nacimientos previos para definir la fecundidad deseada.

La comparación de la WTFR con la TFR proporciona una indicación relativamente directa del grado en el que la fecundidad observada excede a la fecundidad deseada. Este tipo de comparación proporciona a los gerentes de programas y a los responsables de formular la política algunos conocimientos de la posible demanda de servicios de planificación familiar a corto o mediano plazo y las posibilidades de un descenso de la fecundidad en el futuro (Westoff, 1991). En el caso del Nordeste del Brasil, por ejemplo, la comparación de la TFR (3,66) con la WTFR (2,13) indica que una porción considerable de la actual fecundidad no es deseada y que existe una demanda latente suficiente en la población; así, pues, pudieran preverse razonablemente aumentos en la prevalencia anticonceptiva y un descenso en la fecundidad, dada una disponibilidad y una calidad adecuada de los servicios de planificación familiar.

Capítulo VI

Demanda de planifi familiar

- Demanda de limitación
- Demanda de espaciamiento
- Demanda total (de planificación familiar)
- Necesidad no satisfecha de planificación familiar
- Satisfacción de la demanda de planificación familiar

Capítulo VI

INDICADORES PARA MEDIR LA DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR

La demanda de planificación familiar se refiere al deseo o motivación de las mujeres o parejas de controlar la futura fecundidad. Tal como se indica en el marco conceptual que se esboza en el Capítulo I, la demanda de planificación familiar se ve directamente influenciada por la oferta (potencial) de hijos; es decir, el número de hijos sobrevivientes que una mujer o pareja tendrían en ausencia de regulación de la fecundidad específica por la paridad (Bongaarts y Menken, 1983; Knodel, 1983) y la demanda de hijos de una mujer o pareja, definiciones e indicadores que se presentaron en el Capítulo V. Se dice que existe demanda de planificación familiar cuando la oferta de hijos excede al número deseado o preferido. Se supone que las mujeres o parejas siguen (o al menos pretenden seguir) teniendo hijos hasta que se llegue al número deseado de hijos, en cuyo momento se presupone que se verán motivados para controlar embarazos futuros de alguna forma (suponiendo, naturalmente, que el número deseado de hijos sigue siendo fijo) (Hermalin, 1983).

Dado el deseo de limitar o espaciar la procreación futura, se supone que el hecho de si se adopta o no realmente la anticoncepción lo determina el resultado de una evaluación de los costos económicos, sociales y psíquicos del control de la fecundidad y la fuerza de la motivación para controlar embarazos adicionales. En el caso en el que la demanda de control de la fecundidad excede a los costos reales o percibidos de dicho control, se prevé que las mujeres o parejas optarán por adoptar la anticoncepción.

Los indicadores de la demanda de planificación familiar desempeñan un papel importante en el manejo y evaluación de los programas de planificación familiar. Evidentemente, una función central de la gestión programática consiste en proporcionar recursos suficientes para satisfacer la demanda existente y futura de servicios de planificación familiar. Por tanto, la información sobre los niveles actuales o proyectados y sobre la estructura de la demanda (es decir, la distribución de mujeres y parejas con una demanda de servicios por factores tales como la geografía, la condición socioeconómica y las características demográficas) es vital para una planificación programática eficaz.

La demanda de planificación familiar puede dividirse en dos componentes: demanda de limitación y demanda de espaciamiento. Se dice que las mujeres o parejas que desean poner fin a su procreación tienen una demanda de limitación, mientras que quienes desean posponer nacimientos futuros (pero no poner fin a la procreación) tienen una demanda de espaciamiento. Puesto que los servicios y métodos anticonceptivos requeridos por las clientes que desean limitar, en contraoposición a espaciar, futuros nacimientos son diferentes, las medidas de la demanda de limitación y de espaciamiento proporcionan información valiosa sobre las necesidades programáticas actuales y futuras, proyectadas en términos de la combinación de servicios y métodos anticonceptivos.

Además de satisfacer la demanda existente de servicios de planificación familiar, los administradores del programa también pueden preocuparse de dos aspectos programáticos adicionales relacionados con la demanda de servicios. Una función especialmente importante de la gestión consiste en la conversión de la demanda latente a uso anticonceptivo. En muchos países del mundo en desarrollo, hay un número creciente de mujeres y parejas cuyo número de hijos sobrevivientes excede al número expresado de hijos deseados (Bongaarts, 1991b; Westoff y Ochoa, 1991). Sin embargo, en cierto número de estos países, esta demanda aparente o latente de control de la fecundidad no se ha traducido aún a una búsqueda por parte de las mujeres o las parejas de servicios de planificación familiar en números significativos. En

algunos casos, la oferta de servicios excede a la demanda real de servicios por un margen considerable. La motivación de las mujeres o parejas con una demanda aparente de planificación familiar para que busquen servicios del programa a través de las actividades de I-E-C (véase el Capítulo III) o mediante otras mejoras en el entorno de la oferta de planificación familiar (véase el Capítulo IV) figura entre las tareas centrales de la gestión programática.

La gestión programática ha de preocuparse también de la generación de la demanda; es decir, en cambiar las percepciones de modo que los beneficios sociales, económicos y de salud del control de la fecundidad, así como los costos y riesgos potenciales para la salud del uso de anticonceptivos, lleguen a comprenderse y aceptarse más ampliamente.

Con estos dos fines en mente (satisfacción y generación de demanda), los indicadores del nivel y la distribución demográfica, socioeconómica y geográfica de la demanda proporcionan información valiosa para el diseño y realización de actividades encaminadas a influir en el nivel y fuerza de la demanda de servicios del programa.

Desde el punto de vista de la evaluación del programa, los indicadores del nivel de la demanda de planificación familiar proporcionan la base para evaluar el desempeño del programa en cierto número de áreas, entre ellas, las siguientes: (a) el grado en el que se está atendiendo la demanda existente (véanse los indicadores de la "necesidad no satisfecha de planificación familiar" y "proporción de la demanda satisfecha de uso de anticonceptivos" que se presentan en este capítulo); (b) el grado en el que los programas tienen una orientación estratégica dados el nivel y la estructura actuales y futuros de la demanda; y (c) como medida del éxito del programa en generar demanda.

Por último, cabe advertir que el cálculo de las medidas de la demanda de planificación familiar a partir de datos de encuestas es bastante complejo. Esto se debe al hecho de que han de tomarse en cuenta simultáneamente cierto número de factores al clasificar a las encuestadas con respecto al nivel de la demanda. En vista de este hecho, el lector hallará en el Apéndice E cuadros ilustrativos que presentan la distribución de las mujeres tomados de los datos de la EDS I de determinados países, conforme a distintas categorías importantes para el cálculo de los indicadores de la demanda de planificación familiar, así como un diagrama en el que se describe la forma en que se combina a las mujeres en diferentes categorías al derivar las medidas que se analizan en el presente capítulo. Estas tabulaciones ilustrativas tienen por fin ayudar a los lectores no familiarizados con este material a comprender la lógica de los indicadores y a realizar los cálculos por cuenta propia.

Indicador

DEMANDA DE LIMITACION

Definición

El número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión que son fértiles y que no desean tener hijos adicionales.

El indicador se calcula de la manera siguiente:

$$D_L = C_L + U_L + F_L$$

Donde:

D_L = número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión con una demanda de limitación,

C_L = número de mujeres actualmente casadas o en unión que no desean tener hijos adicionales y que actualmente utilizan un método anticonceptivo (es decir, demanda satisfecha),

U_L = número de mujeres fértiles actualmente casadas o en unión que no desean hijos adicionales, pero que actualmente no utilizan un método anticonceptivo, más el número de mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas que están casadas o en unión y cuyo embarazo actual o último no fue deseado y ocurrió al no utilizar un método anticonceptivo (es decir, demanda no satisfecha) y

F_L = número de mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas casadas o en unión cuyo embarazo actual o último resultó de fallas anticonceptivas (una explicación de categoría especial).

Cálculo ilustrativo

Demanda total estimada de limitación en Egipto, 1988 (expresada como porcentaje de las mujeres actualmente casadas).

$$\begin{aligned} D_L &= C_L + U_L + F_L \\ &= 31,9 + 15,0 + 1,4 \\ &= 48,3 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto, 1988; cálculo de Westoff y Ochoa (1991).

Datos necesarios

Las respuestas a las preguntas sobre:

- deseo de hijos adicionales;
- condición de uso actual de anticonceptivos;
- condición actual de fertilidad, embarazo y amenorrea para las mujeres que no utilizan actualmente un método anticonceptivo;
- condición deseada (con respecto al número) de embarazo actual o último para mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas; y
- el hecho de si se estaba utilizando un método anticonceptivo al concebir el embarazo actual o último entre mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas (es decir, el hecho de si el embarazo último/actual resultó de falla anticonceptiva).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una estimación del número total de clientes que deberían haber sido atendidas por programas de planificación familiar si todas las mujeres que desean poner fin a su reproducción buscasen servicios de planificación familiar. La estimación de la demanda total consiste en dos componentes principales: (a) la porción de la demanda total de limitación que satisface el uso anticonceptivo actual; y (b) la necesidad no satisfecha de limitación (véase el análisis de la necesidad no satisfecha de planificación que aparece posteriormente en este capítulo donde se presentan pormenores sobre la definición y cálculo de este indicador).

Siguiendo el procedimiento que proponen Westoff y Ochoa (1991), también se considera que las mujeres que están embarazadas o amenorreicas en el momento de medir el indicador (por ejemplo, en el momento de una encuesta), cuyo embarazo último o actual resultó de una falla anticonceptiva, tienen una demanda de planificación familiar, aun cuando no estén actualmente sometidas a riesgo de embarazo. La razón fundamental para ello es la de que, puesto que el embarazo actual/último de estas mujeres no era deseado y ellas habían tratado de evitar el embarazo mediante el uso de anticonceptivos, tienen una alta probabilidad de reanudar el uso de anticonceptivos en algún momento en el futuro cercano (aunque quizás con un método anticonceptivo diferente) y, por tanto, deberían ser incluidas en la estimación de la demanda total (de limitación).

A fin de tomar en cuenta a estas mujeres en el cálculo de la demanda, es necesario agregar un término a la ecuación (F_L) tal como se indica arriba, puesto que las mujeres en este grupo no están utilizando actualmente un método anticonceptivo ni son fértiles, lo que evitaría que se considerasen en el cálculo.

Para los fines de este indicador, a las mujeres no fecundas se las define como mujeres no embarazadas en unión por al menos cinco años que no han utilizado la anticoncepción y que no han sido fértiles o no han tenido una menstruación en las doce semanas precedentes a la encuesta (Westoff y Ochoa, 1991).

Otro método posible para calcular la demanda total de limitación es el propuesto por Bongaarts (1991b). Este enfoque difiere del que se describe arriba en cuanto al método utilizado para calcular la demanda no satisfecha. Puesto que, tal como se indica posteriormente en este capítulo, los métodos de calcular la demanda no satisfecha necesitan producir resultados análogos, las estimaciones del nivel de demanda de limitación de los dos métodos tienden a producir resultados aproximadamente similares.

Aunque las mujeres que actualmente no están casadas o en unión constituyen una fracción considerable de las mujeres sometidas a riesgo de embarazo en algunas sociedades, las medidas de la demanda de planificación familiar se hallan limitadas normalmente a las mujeres actualmente casadas o en unión. La razón fundamental para ello es la de tratar de limitar la medida a las mujeres sometidas a riesgo de embarazo. Además existen dudas acerca de la validez de las respuestas a las preguntas relativas a las intenciones reproductivas entre las mujeres solteras (Westoff y Ochoa, 1991). Sin embargo, esta omisión debería tenerse presente al interpretar estimaciones de la demanda en sociedades en las que una porción importante de los nacimientos ocurre al margen de matrimonios o uniones formales.

En poblaciones en las que esta definición restringida del riesgo de embarazo es claramente poco apropiado, un enfoque distinto pudiera ser el de incluir a todas las mujeres de edad reproductiva por debajo de cierta edad (por ejemplo, 25 años de edad) que han tenido alguna vez relaciones sexuales tomando como base preguntas sobre actividad sexual, tales como las que se hallan en la EDS en el cálculo de la demanda.

Finalmente, cabe advertir que las estimaciones de las proporciones de mujeres o parejas de edad reproductiva o actualmente casadas o en unión con demanda de limitación pueden obtenerse directamente de datos de encuestas tales como los que proporciona la EDS. Si se desean cifras absolutas de mujeres o parejas con demanda de limitación (para utilizarlas en la proyección de las futuras necesidades de personal o servicios anticonceptivos, por ejemplo), se requerirán cifras de censos recientes o proyecciones demográficas a fin de convertir las estimaciones de proporciones de la encuesta a cifras absolutas o totales de población. Esta reservación se aplica a todos los indicadores que se analizan en el presente capítulo.

Indicador

DEMANDA DE ESPACIAMIENTO

Definición

Número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión que son fértiles y que desean postergar el nacimiento de su siguiente hijo por un período de tiempo especificado (por ejemplo, por dos años desde la fecha de la encuesta).

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$D_L = C_S + U_S + F_S$$

Donde:

D_S = número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión con demanda de espaciamiento,

C_S = número de mujeres actualmente casadas o en unión que desean postergar su embarazo siguiente por un período de tiempo especificado y que actualmente utilizan un método anticonceptivo (es decir, necesidad o demanda satisfecha),

U_S = número de mujeres fértiles actualmente casadas o en unión que desean postergar su próximo embarazo por un período de tiempo especificado pero que no utilizan actualmente un método anticonceptivo, más el número de mujeres embarazadas o amenorreicas actualmente casadas o en unión cuyo embarazo actual o último ocurrió antes de lo deseado y que no estaban utilizando un método anticonceptivo en el momento del embarazo (necesidad o demanda no satisfecha) y

F_S = número o proporción de mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas casadas o en unión cuyo embarazo actual/último ocurrió antes de lo deseado como resultado de una falla anticonceptiva.

Cálculo ilustrativo

Demanda estimada total de espaciamiento en Egipto, 1988 (expresada como porcentaje de las mujeres actualmente casadas).

$$\begin{aligned} D_S &= C_S + U_S + F_S \\ &= 5,9 + 10,1 + 0,5 \\ &= 16,5 \end{aligned}$$

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto, 1988; cálculos de Westoff y Ochoa (1991).

Datos necesarios

Respuestas a preguntas de encuestas sobre:

- deseo de hijos adicionales y, entre las mujeres que desean tener hijos adicionales, la longitud preferida del intervalo entre nacimientos;
- condición actual de uso anticonceptivo;
- condición actual de fertilidad, embarazo y amenorrea para las mujeres que utilizan actualmente un método anticonceptivo;
- condición deseada (con respecto a espaciamiento) del embarazo actual o último para las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas; y
- el hecho de si se estaba utilizando un método anticonceptivo en el momento del embarazo actual o último entre las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una estimación del número total de clientes a quienes se habría servido si todas las mujeres que desean espaciar nacimientos buscasen servicios de planificación familiar. Al igual que ocurre con el indicador de la demanda de limitación, la estimación de la demanda total de espaciamiento consiste en dos componentes: (a) la porción de la demanda total de espaciamiento que se satisface mediante el uso actual de anticonceptivos y (b) la necesidad no satisfecha de espaciamiento.

Nuevamente, siguiendo el procedimiento propuesto por Westoff y Ochoa (1991), se considera que las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo embarazo último o actual no ocurrió con el espaciamiento deseado debido a falla del método anticonceptivo tienen una demanda de espaciamiento aun cuando estas mujeres no están sometidas a riesgo de embarazo. La razón fundamental para incluir a estas mujeres en el cálculo de la demanda de espaciamiento es la misma que la que se describió en relación con el indicador de la demanda de limitación. Puesto que la anticoncepción se utilizó para tratar de espaciar el embarazo último o actual y las mujeres en esta categoría pensaban espaciar su embarazo siguiente, es muy probable que reanuden el uso de anticonceptivos en algún momento en el futuro cercano (aunque quizás con un método diferente) y, por tanto, deberían incluirse en la estimación de la demanda. Al igual que ocurre con la demanda del indicador de limitación, es necesario agregar un término a la ecuación tal como se indicó con anterioridad a fin de tomar en cuenta a estas mujeres en el cálculo de la demanda de espaciamiento ya que, de lo contrario, no entrarían en el cálculo.

La alternativa propuesta por Bongaarts (1991b) como procedimiento para calcular la necesidad no satisfecha de espaciamiento también puede utilizarse para calcular el actual indicador.

Remitimos al lector a las observaciones hechas con respecto a la medición de la demanda en las poblaciones cuya procreación no se limita al matrimonio en relación con el indicador de la demanda de limitación, ya que se aplican también al presente indicador.

Indicador

DEMANDA TOTAL (DE PLANIFICACION FAMILIAR)

Definición

Número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión que son fértiles y que desean poner fin a su reproducción o posponer su siguiente embarazo por un período de tiempo especificado.

El número total de mujeres con una demanda de planificación familiar, o demanda total, es igual a la suma del número de mujeres con una demanda de limitación más el número de mujeres con una demanda de espaciamiento, tal como se definieron en los indicadores precedentes.

La demanda total se calcula de la siguiente manera:

$$D = D_L + D_s$$

Donde:

D = número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión con demanda de planificación familiar,

D_L = número de mujeres actualmente casadas o en unión con demanda de limitación,

D_s = número de mujeres actualmente casadas o en unión con demanda de espaciamiento.

Cálculo ilustrativo

Demanda estimada total de espaciamiento en Egipto, 1988 (expresada como porcentaje de las mujeres actualmente casadas).

$$\begin{aligned} D &= D_L + D_s \\ &= 48,3 + 16,5 \\ &= 64,8 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto, 1988; cálculos de Westoff y Ochoa (1991).

Datos necesarios

Véanse las necesidades de datos para los indicadores de la demanda de limitación y demanda de espaciamiento.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La demanda total de planificación familiar consiste en la suma de la demanda de limitación más la demanda de espaciamiento y, por tanto, proporciona una base para estimar el número total de clientes que habrían sido atendidas si todas las mujeres que actualmente desean evitar embarazos adicionales o espaciar sus próximos embarazos buscasen servicios de planificación familiar. Remitimos al lector al análisis de los indicadores de la "demanda de limitación" y "demanda de espaciamiento" que presentamos anteriormente en este capítulo donde se proporcionan los pormenores de los cálculos y las salvedades.

Un estudio comparativo reciente de 25 países que realizaron una EDS durante el período de 1985 a 1989 ilustra el uso del indicador de la demanda total y su división en demanda de limitación y demanda de espaciamiento para fines de administración y evaluación del programa (Westoff y Ochoa, 1991). Para los 25 países en su conjunto, la demanda total promedio entre las mujeres actualmente casadas o en unión se estimó en un 63 por ciento. La demanda total fue considerablemente más alta en América Latina y Asia (73 por ciento en cada región) y Africa del Norte (66 por ciento) que en Africa al sur del Sahara (47 por ciento). Las estimaciones de la demanda total oscilaron entre una cifra máxima de 81 por ciento en Brasil y Colombia y una cifra mínima de algo menos de 28 por ciento en Malí.

También se observaron grandes diferencias con respecto a la demanda de limitación frente a la demanda de espaciamiento. En América Latina y Asia, dos terceras partes, aproximadamente, de la demanda total correspondieron a limitación, mientras que en Africa al sur del Sahara, de 50 a 60 por ciento de la demanda total correspondió a espaciamiento.

Las estimaciones de la demanda total también proporcionan cálculos intermedios fundamentales para estimar los indicadores de los resultados de los programas de planificación familiar en satisfacer la demanda de servicios de planificación familiar. Dos de estos indicadores se presentan a continuación en este capítulo.

Indicador

NECESIDAD NO SATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Número o proporción de mujeres actualmente casadas o en unión que son fértiles y que desean poner fin a la procreación o posponerla, pero que no utilizan en la actualidad un método anticonceptivo.

El número total de mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar consiste en dos grupos de mujeres: (a) las que tienen una necesidad no satisfecha de limitación y (b) las que tienen una necesidad no satisfecha de espaciamiento.

Las mujeres con una necesidad no satisfecha de limitación son aquéllas que no desean tener hijos adicionales y que no están utilizando en la actualidad un método anticonceptivo.

Las mujeres con una necesidad no satisfecha de espaciamiento son aquéllas que desean posponer su próximo hijo por un período de tiempo especificado (por ejemplo, al menos por dos años a partir de la fecha de una encuesta) y no utilizan en la actualidad un método anticonceptivo.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$U = U_L + U_S$$

Donde:

U = número o proporción de mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar,

U_L = número o proporción de mujeres con una necesidad no satisfecha de limitación,

U_S = número o proporción de mujeres con una necesidad no satisfecha de espaciamiento

Cálculo ilustrativo

Estimación de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, Ghana, 1988 (expresada como proporción de las mujeres actualmente casadas o en unión).

$$\begin{aligned} U &= U_L + U_S \\ &= 9,0 + 26,2 \\ &= 35,2 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988; cálculos de Westoff y Ochoa (1991).

Datos necesarios

Respuestas a preguntas de encuestas sobre:

- deseo de hijos adicionales y, en caso afirmativo, el período de tiempo deseado de intervalo entre los nacimientos;
- condición actual relativa al uso de anticonceptivos;
- condición actual de fertilidad, embarazo y amenorrea para mujeres que no utilizan en la actualidad un método anticonceptivo;
- condición de deseo (con respecto al número o fecha) del embarazo actual o último entre mujeres que están actualmente embarazadas o son amenorréicas; y
- el hecho de si se estaba utilizando un método anticonceptivo en el momento del embarazo actual o último.

Nota: el uso de la información contenida en los dos últimos rubros del cálculo del indicador se explica a continuación.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

El indicador proporciona información sobre la dimensión de un subgrupo de población sumamente importante para la gestión de los programas de planificación familiar: las mujeres sometidas a riesgo de embarazo con una necesidad aparente de servicios de planificación familiar tomando como base su deseo expresado de limitar o espaciar futuros nacimientos, pero que no utilizan la anticoncepción. Se dice que dichas mujeres tienen una "demanda no satisfecha" o "necesidad no satisfecha" de planificación familiar y son el objetivo principal lógico de las actividades de mercadeo/captación del programa.

El indicador puede interpretarse también como el número de clientes adicionales que estarían utilizando la anticoncepción (por encima del número de usuarias actuales) si todas las mujeres sometidas a riesgo de embarazo que desean poner fin a su reproducción o posponerla adoptasen la anticoncepción.

El indicador se desprende de la descomposición de la demanda total de servicios de planificación familiar en dos componentes: "demanda satisfecha" y "demanda no satisfecha" (o "necesidad no satisfecha"). La demanda satisfecha incluye a las mujeres con demanda de planificación familiar (véase el indicador de la "demanda total de planificación familiar" inmediatamente antes de este capítulo donde se dan los detalles de definición y cálculo) que utilizan un método anticonceptivo a fin de alcanzar sus metas reproductivas; la necesidad no satisfecha, o demanda no satisfecha, consiste en las mujeres que tienen una demanda aparente de planificación familiar y que no utilizan la anticoncepción.

Siguiendo el procedimiento propuesto por Westoff y Ochoa (1991), se considera que las mujeres están

sometidas a riesgo de embarazo en el actual indicador si:

- son de edad reproductiva y están actualmente casadas o en unión;
- son fértiles;
- no utilizan un método anticonceptivo; y
- no están actualmente embarazadas o amenorreicas.

Sin embargo, no se considera que las categorías siguientes de mujeres tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar y, por tanto, se les excluye del cálculo del indicador:

- las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas que utilizaban la anticoncepción al concebir el embarazo con el hijo actual o último (se considera que estas mujeres no necesitan servicios anticonceptivos ya que la necesidad previa se atendió con el uso anticonceptivo aunque, aparentemente, necesitarían un método más eficaz);
- las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas que declararon que su embarazo fue deliberado; y
- las mujeres fértiles que desean tener su siguiente hijo dentro de los dos próximos años.

Se remite al lector al Apéndice E donde se proporciona una ilustración del cálculo del indicador.

Bongaarts (1991b) ha propuesto dos modificaciones al procedimiento de medición que se describió arriba: (1) un ajuste para tomar en cuenta el hecho de que la satisfacción de la necesidad de espaciamiento mediante el uso anticonceptivo producirá una reducción en la necesidad de limitación en el grado en que posponga la fecha en la que las mujeres alcanzarán la dimensión deseada de la familia; y (2) un ajuste para lo que se percibe como estimación exagerada de la necesidad de espaciamiento en el procedimiento descrito arriba. Bongaarts propone utilizar las estimaciones obtenidas por el procedimiento que se describe arriba como punto de partida e introducir estos dos ajustes para compensar los problemas percibidos. Una comparación de las estimaciones de los dos métodos indica que el procedimiento de Westoff tiende a producir estimaciones del nivel de necesidad no satisfecha que son más altas que las de Bongaarts en un promedio de 5 por ciento (Bongaarts, 1991b; Westoff y Ochoa, 1991). Remitimos al lector a esta referencia donde se proporcionan pormenores adicionales sobre los dos métodos para calcular el indicador.

Otro posible perfeccionamiento sería, como se indicó antes, incluir a todas las mujeres de edad reproductiva que declaran tener actividad sexual en entrevistas de la encuesta en el cálculo del indicador de las poblaciones en las que una porción importante de los nacimientos ocurre fuera del matrimonio/uniones consensual. Sin embargo, una dificultad en hacerlo radica en la identificación de las mujeres que en la actualidad no están casadas o en unión y que están sometidas "a riesgo" de embarazo. Esto requeriría el uso de datos sobre actividad sexual entre las mujeres que actualmente no están casadas o en unión (Blanc y Rutenberg, 1990). Se requiere investigación adicional sobre la validez de dichos datos, dada que preguntar sobre estos tópicos en algunas culturas es un asunto muy delicado.

En fecha reciente, algunos investigadores han argumentado que la definición de "necesidad no satisfecha" debería ampliarse para incluir a las mujeres que utilizan: (1) métodos anticonceptivos tradicionales (por razón de altas tasas de embarazo con tales métodos); (2) un método teóricamente eficaz pero de manera incorrecta o esporádicamente; y (3) un método que no es seguro o no es

apropiado para ellas (Foreit, 1992; Dixon-Mueller y Germain, 1992). La adopción de estas distintas definiciones aumentaría notablemente el número estimado de mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar en muchos países en desarrollo.

Indicador

SATISFACCION DE LA DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

La proporción de la demanda total de planificación familiar en un momento dado que se satisface mediante el uso actual de anticonceptivos.

El indicador se calcula de la manera siguiente:

$$\text{PDS} = C/D$$

Donde:

PDS = la proporción de la demanda total de planificación familiar que se satisface mediante el uso actual de anticonceptivos

C = número de mujeres que utilizan actualmente un método anticonceptivo para limitación o espaciamiento y

D = número total de mujeres con demanda de planificación familiar.

Nota: Pueden efectuarse estimaciones separadas de la proporción de la demanda para limitación y espaciamiento satisfechos por el uso de anticonceptivos pueden calcularse empleando estimaciones de la demanda de limitación y espaciamiento y prevalencia anticonceptiva por finalidad (es decir, para limitación o espaciamiento) en la ecuación arriba indicada.

Cálculo ilustrativo

Estimaciones de la proporción de la demanda satisfecha por el uso de anticonceptivos, Ghana, 1988 (para las mujeres actualmente casadas o en unión).

Demanda total	De limitación	De espaciamiento
$\text{PDS} = C / D$	$\text{PDS}_L = C_L / D_L$	$\text{PDS}_s = C_s / D_s$
= 12.9/48.1	= 4.9/13.9	= 8.0/34.2
= 26.8	= 35.3	= 23.4

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988; cálculos de Westoff y Ochoa (1991).

Datos necesarios

Estimaciones de la demanda de:

- el número o proporción de mujeres de edad reproductiva actualmente casadas o en unión que utilizan actualmente un método anticonceptivo (es decir, "demanda satisfecha"), clasificadas según si desean poner fin a la procreación o posponer su hijo siguiente si se quiere estimaciones separadas de demanda satisfecha para limitación y para espaciamiento; y
- la demanda total de planificación familiar, descompuesta nuevamente en demanda de limitación y demanda de espaciamiento si se quiere estimaciones separadas de la demanda satisfecha para limitación y para espaciamiento, respectivamente, (véase el análisis del indicador "demanda total de planificación familiar" en este capítulo donde se presentan pormenores sobre el cálculo).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador, tomando como base el desglose de la demanda total de planificación familiar en los componentes "satisfecha" y "no satisfecha", tal como se describen en relación con el indicador precedente, proporciona una alternativa a la tasa de prevalencia anticonceptiva como medida basada en la poblacional del grado de uso de la anticoncepción. Sin embargo, el presente indicador es algo más funcional ya que relaciona el uso actual de anticonceptivos o "demanda satisfecha" con la demanda total de planificación familiar, es decir, con la población de mujeres que están sometidas a riesgo de embarazo y que han indicado deseo de limitar su futura fecundidad. Por tanto, el indicador proporciona una medida más específica del éxito del programa en lo que respecta a satisfacer la demanda existente de servicios que la tasa de prevalencia anticonceptiva.

Remitimos al lector a las observaciones sobre la razón fundamental de ampliar el universo de la medida para incluir a las mujeres que no están casadas o en unión o las que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales o poco apropiados en relación con los indicadores presentados anteriormente en este capítulo.

Capítulo VII

Utilización de los servicios

- Número de visitas al punto o puntos de provisión de los servicios
- Número de nuevas aceptantes de la anticoncepción moderna
- Número de nuevas aceptantes en la institución
- Número de nuevos segmentos de anticoncepción
- Anos-pareja de protección (APP)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasa de continuación

INDICADORES PARA MEDIR LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

La mayoría de los administradores están interesados en la evaluación para medir los resultados obtenidos de su programa. El gerente de un programa pudiera requerir datos sobre la utilización de servicios concretos (es decir, uno o más puntos de provisión de los servicios), mientras que el director de un programa nacional de planificación familiar estaría más interesado en conocer la cobertura nacional (es decir, porcentaje de mujeres con riesgo de embarazo que actualmente emplea la anticoncepción).

Estos dos temas, la utilización de servicios y el uso de anticonceptivos, están estrechamente vinculados ya que la mayoría de las clientes llegarán a utilizar un método de planificación familiar por conducto de uno de los mecanismos de provisión de servicios de planificación familiar: una clínica (o un programa basado en la clínica por ejemplo, un programa postparto), un programa de distribución basado en la comunidad, un programa de mercadeo social/comercial o una fuente privada. Sin embargo, no todas las clientes que utilizan una instalación dada llegarán a utilizar realmente el método que se llevan a su casa después de la visita y no todas las que inician el método permanecerán con el mismo (Elkins y Nordberg, 1977; Morris y Anderson, 1982). Así, pues, la distinción entre utilización de servicios y uso de anticonceptivos sigue siendo válida.

La utilización de los servicios tiende a evaluarse empleando medidas utilizadas en el programa, puesto que los programas recopilan datos sobre el número y tipo de clientes servidos, los métodos vendidos o distribuidos gratuitamente, las características de las clientes, etc. (Chandrasekaran, 1975). Si bien el número de clientes servidas puede utilizarse para obtener una estimación aproximada de la cobertura dentro de las poblaciones, dichas estimaciones pueden presentar error si no se dispone de datos estadísticos exactos sobre la dimensión de la población objetivo, si no residentes de la zona de captación utilizan los servicios y si no se descuentan las visitas múltiples de una sola cliente (Morris y Anderson, 1982; ICDDR-B, 1989).

Debido a estos problemas en la estimación de la cobertura a partir de las estadísticas sobre servicios, la prevalencia anticonceptiva se estima con más exactitud a partir de datos basados en la población. Para lograr uniformidad entre los bloques del marco conceptual (véase la Figura I-1 en el Capítulo I) y los títulos de los capítulos en el Manual, en este capítulo (VII) se presentan los indicadores basados en el programa, mientras que los indicadores basados en la población para medir la práctica anticonceptiva se presentan en el capítulo siguiente (VIII).

Oscurece esta distinción conceptual el hecho de que la mayoría de los indicadores de la utilización de los servicios y el uso de los anticonceptivos que se presentan en el Manual pueden obtenerse de estadísticas sobre servicios o de encuestas. Por ejemplo, es posible para una clínica calcular las tasas de continuación entre los miembros de su población cliente tomando como base los datos sobre clientes que regresan a esa clínica acompañados de seguimiento de clientes que han abandonado el método. Las tasas de continuación de otras clases (por ejemplo, el uso de cualquier método de cualquier fuente) pueden medirse a partir de datos basados en la población (por ejemplo, utilizando el calendario de la EDS).

En la medida en que un indicador dado se calcule comúnmente a partir de ambos tipos de datos, se incluye tanto como medida de utilización de los servicios (Capítulo VII) como de la práctica

Utilización de los servicios

anticonceptiva (Capítulo VIII). En contraste, en los casos en los que el indicador rara vez se obtiene de una de los dos fuentes de datos, se incluye de acuerdo con la fuente de datos más comúnmente utilizada.

Los lectores deberán tener presente también el hecho de que, según la fuente de los datos, la utilización de los servicios puede clasificarse como resultado o output (basada en el programa) o como impacto (basada en la población).

Los lectores advertirán que el Manual incluye tres variaciones del indicador "nueva aceptante". Este indicador figura entre los más irregularmente definidos al nivel de campo, en parte debido a que diferentes definiciones sirven para fines diferentes (y válidos). Así, en vez de imponer una definición estándar de "nueva aceptante" que invariablemente chocará con el uso actual en algunos países o programas, hemos tratado de proporcionar definiciones claras de las tres variaciones sobre "nueva aceptante" e indicar la utilidad de cada una.

Dos indicadores que brillan por su ausencia en este capítulo sobre utilización de los servicios son el número de usuarias continuas y el número de usuarias que abandonan el método. Si bien estas medidas pueden tener alguna utilidad para aumentar la conciencia del personal respecto a la continuación del método por las clientes, se consideran como menos útiles que la tasa de continuación entre las clientes para fines de evaluación.

Además, hay varios problemas en la medición de las personas que abandonan el método. En primer lugar, la definición de persona que abandona el método no ha sido uniforme entre los programas (variando principalmente en términos del tratamiento de quienes regresan después de un uso interrumpido y tomando en cuenta "períodos de gracia" de duración diferente). Segundo, el nivel de esfuerzo requerido para el seguimiento a las personas que abandonan el método supera a menudo la capacidad del personal, lo que resulta en datos de mala calidad con este indicador. En vista que, para calcular el número de usuarias continuas, se requiere disponer del número de usuarias que abandonan el método, los problemas de información sobre las personas que abandonan el método también inciden en la exactitud de las cifras sobre el número de usuarias continuas. Si se necesita información sobre el número de personas que abandonan el método, ésta puede obtenerse de los cálculos de la tasa de continuación.

Los autores de este Manual están de acuerdo con los miembros de un Grupo Especial previo de la USAID sobre Mejoramiento de Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar en el sentido de que el número de personas que abandonan el método no necesita retenerse en la serie de indicadores clave para utilización de los servicios (Grupo Especial de la USAID sobre Normalización de Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar, 1987). Sin embargo, esto no equivale a decir que los proveedores de servicios no deban seguir a quienes abandonan el método como medio de mejorar la provisión de los servicios; más bien, se recomienda que los programas no dependan del número de personas que abandonan el método como indicador clave de evaluación de un programa en vista de los problemas de recopilación de datos que se han citado arriba.

Indicador

NUMERO DE VISITAS AL PUNTO O PUNTOS DE PROVISION DE LOS SERVICIOS

Definición

El número total de visitas efectuadas por clientes a un punto de provisión de los servicios (o a todos los POS dentro de un sistema) en un período de referencia dado (por ejemplo, un año), preferiblemente por finalidad (provisión de anticonceptivos, asesoría, envío a otro nivel de atención, otro).

Datos necesarios

Enumeración del número de contactos por cliente en un POS, preferiblemente por tipo de visita, agregados para todos los POS a fin de obtener un total para el sistema.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios recopiladas en las instalaciones del programa.

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide el volumen de la actividad emprendida en los POS. Es un sustituto de medidas de números de aceptantes o usuarios, cuando no se dispone de dichos datos o éstos no se consideran fiables.

Esta información puede combinarse con otros datos para obtener medidas aproximadas de la productividad (por ejemplo, el número promedio de visitas del cliente por proveedor de servicios a tiempo completo o por clínica). Su ventaja principal es su simplicidad; esta información es fácil de recopilar y utiliza definiciones sencillas. El desglose de las visitas por tipo de visita proporciona información sobre la naturaleza de la transacción entre el proveedor de los servicios y el cliente.

Este indicador tiene varias limitaciones. Primero, la medida no proporciona información sobre el número de clientes puesto que una persona en particular puede efectuar visitas múltiples durante un período dado. Segundo, tal como se aplica generalmente en la práctica, no distingue entre las nuevas usuarias y las usuarias continuas. Así, pues, no indica el éxito en captar nuevas aceptantes en contraoposición a aumentar la continuidad entre las usuarias actuales.

Utilización de los servicios

Indicador

NUMERO DE NUEVAS ACEPTANTES DE LA ANTICONCEPCION MODERNA

Definición

El número de personas que aceptan por primera vez en su vida cualquier método (del programa) de anticoncepción; ha de declararse para un período de referencia definido (por ejemplo, un año).

Datos necesarios

Recuentos de personas que aceptan cualquier método (del programa) por primera vez en su vida durante un año dado.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios; encuestas (posibles pero no comunes).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la capacidad del programa para captar nuevos clientes para sus servicios de un segmento no atendido de la población. La medida elimina el problema de contar como "nuevos" a los clientes que cambian de una fuente a otra por razón de conveniencia o costo. Como indicador, también puede reflejar el éxito de programas especiales de comunicación u otras intervenciones (por ejemplo, los proyectos de mercadeo social) encaminados a aumentar la utilización de los servicios entre clientes no atendidos con anterioridad por el programa. Sin embargo, en este último caso, hay que tener presente que algunos de los nuevos aceptantes pudieran obtener el mismo método u otro método de una fuente distinta (por ejemplo, el sector de las farmacias no subvencionadas) si no se hubiese producido la intervención especial.

"Método del programa" se refiere a los métodos brindados por conducto de programas establecidos de planificación familiar: píldora, DIU, implante NORPLANT, inyección, preservativo, espermicida, diafragma, ligación de trompas de Falopio, vasectomía y método de lactancia y amenorrea (MLM), si se utilizan bajo supervisión del programa. Así, pues, una mujer joven que con anterioridad obtuvo preservativos de la farmacia no sería una aceptante nueva. En contraste, un cliente que hasta la fecha ha dependido del coito interrumpido sería un aceptante nuevo puesto que éste no es un método del programa.

El "número de nuevos aceptantes de la anticoncepción moderna", definido como uso por primera vez en la vida del individuo, reduce la ambigüedad asociada con el término más general "nuevo aceptante" y evita la duplicación de casos que pueden resultar cuando ocurre sustitución.

Este indicador puede obtenerse también de datos de encuestas (por ejemplo, del "calendario" empleado en la EDS u otros mecanismos de recopilación de datos para obtener retrospectivamente historiales anticonceptivos). Sin embargo, en el contexto de las encuestas, es probable que el uso actual total, en vez del "uso nuevo", tenga el mayor interés para la mayoría de los usuarios de la información.

Indicador

NUMERO DE NUEVAS ACEPTANTES EN LA INSTITUCION

Definición

El número de personas durante un período de referencia dado (por ejemplo, un año) que aceptan un método anticonceptivo de una determinada institución por primera vez; pueden haber utilizado anteriormente métodos obtenidos en otras instituciones.

Datos necesarios

Recuentos de personas durante el período de referencia que aceptan un método anticonceptivo de una institución concreta.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios (preferidas); encuestas (posibles pero no comunes).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la capacidad de la institución para captar a clientes para sus servicios específicamente, aun cuando hayan utilizado con anterioridad otras fuentes de servicios.

A la mayoría de las instituciones no se les evalúa sobre la base de los resultados que está obteniendo la planificación familiar en un país en su conjunto sino, más bien, sobre la base de los resultados que la institución está obteniendo en sus esfuerzos por captar a nuevos clientes. Así, pues, aunque se esté atrayendo a clientes al programa de otras fuentes, esto produce una buena impresión sobre su desempeño institucional. Este indicador también es importante en el contexto de la sustentabilidad financiera, dado que los proveedores del sector privado pueden ser evaluados en parte sobre la base de su éxito en captar clientes que con anterioridad han estado utilizando los servicios del sector público.

Esta variante de "nuevo aceptante" se utiliza ampliamente ya que tiene repercusiones administrativas. Los clientes que reciben servicios por primera vez en una determinada institución pueden tener que llenar formularios adicionales, establecer un registro del cliente, pagar una cuota de inscripción, etc. Por tanto, las necesidades administrativas del programa producen datos que también son útiles para supervisión del programa.

Una fuente de falta de uniformidad con respecto a este indicador concierne al tratamiento de los clientes que abandonan el uso de los servicios de planificación familiar en una institución dada, pero que regresan en fecha posterior. Por ejemplo, algunas organizaciones mantienen registros por un período de tiempo fijo (por ejemplo, durante cinco años). En este caso, una persona que regresa después de un lapso de cinco años sería considerada como nuevo aceptante. En otras instituciones, uno puede ser "nuevo para la institución" sólo una vez. Recomendamos este último uso del término en tanto se reconoce que las restricciones administrativas hacen que algunas organizaciones adopten el primero.

Una variante común del indicador que no se incluye por separado en este Manual es la de "nuevo para el

Utilización de los servicios

POS". Esta medida se utiliza en realidad en algunos programas ya que simplifica la definición operativa de nuevo aceptante; la recepcionista u otro miembro del personal sólo necesita preguntar al cliente "¿Ha estado usted alguna vez en *esta* clínica (dispensario, puesto de salud u otro tipo de Puesto de Ofrecimiento de Servicios)?" Así, pues, un cliente que se trasladase de un barrio a otro y cambiase de centro de salud gubernamental en el proceso sería considerado como "nuevo para el POS" en el centro de salud del nuevo barrio. Aunque este indicador de alternativa se utiliza en algunos programas debido a que es fácil de comprender y aplicar, conlleva la posibilidad de duplicación de casos, especialmente en los países con un alto nivel de movilidad residencial. Por esta razón, no se presenta como uno de los indicadores recomendados en este Manual.

Indicador

NUMERO DE NUEVOS SEGMENTOS DE ANTICONCEPTION

Definición

El número de personas que inician un nuevo segmento de anticoncepción durante un período de referencia dado (por ejemplo, un año), es decir, que son "nuevos" para un determinado método anticonceptivo o para la institución de origen durante el período de referencia definido. El individuo puede haber utilizado un método, incluido el presente, con anterioridad, o puede haber utilizado esta fuente antes pero no estar utilizando este método y esta fuente en el momento de la aceptación.

Datos necesarios

Recuentos de personas que aceptan un método nuevo de una fuente en particular durante el período de referencia.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicio (preferidas); encuestas (posibles pero no comunes).

Finalidad y cuestiones

Esta variante de la definición de "nuevo aceptante" cumple dos fines importantes. Primero, da a los gerentes del programa un medio de evaluar las necesidades de provisión de servicios para su programa en un determinado año del calendario. En el caso de la esterilización, los DIU y los implantes NORPLANT, los servicios que han de proporcionar los proveedores a los clientes están asociados mayormente con la primera visita cuando adoptan el método. Segundo, es esta variante de la definición de nuevo aceptante la que se utiliza en el Modelo de Costos Objetivo (Stover et al., 1991).

Con esta definición, una persona que cumpla cualquiera de los criterios siguientes se clasificaría como nuevo aceptante del segmento si dicha persona:

- nunca ha utilizado con anterioridad la anticoncepción;
- ha utilizado el mismo método pero en una fuente (institución) diferente, en el pasado o inmediatamente antes de la aceptación actual;
- ha utilizado el mismo método de la misma fuente en el pasado, pero no lo estaba utilizando inmediatamente antes de la aceptación actual; o
- estaba utilizando la anticoncepción de la misma fuente con anterioridad a la aceptación actual, pero cambió a un nuevo método.

Si el cliente no ha utilizado con anterioridad el método, entonces el nuevo aceptante del segmento es equivalente a un aceptante nuevo del método. Sin embargo, el nuevo aceptante del segmento también incluye a las mujeres que con anterioridad utilizaron el método, lo abandonaron por un determinado período de tiempo (por ejemplo, por embarazo) y luego reanudaron el uso del mismo método.

Utilización de los servicios

Si un cliente del programa nacional de planificación familiar cambia de clínica pero sus registros le acompañan, entonces no se trata de un cambio de fuente. Sin embargo, si clínicas diferentes dentro de un sistema mayor tienen sistemas separados de mantenimiento de registros, este caso constituiría un cambio de fuente.

Indicador

AÑOS-PAREJA DE PROTECCION (APP)

Definición

La protección estimada proporcionada por los servicios de planificación familiar durante el período de un año, tomando como base el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos gratuitamente a los clientes durante el período. El APP se calcula multiplicando la cantidad de cada método distribuido a los clientes por un factor de conversión, que produce una estimación de la duración de la protección anticonceptiva impartida por unidad de dicho método (Wishik y Chen, 1973; Centros para el Control de las Enfermedades, 1985). Los APP para cada método se agregan luego para todos los métodos a fin de obtener una cifra total de APP.

Los factores de conversión actualmente utilizados en el sistema de la USAID son los apoyados por el Grupo Especial de la USAID sobre Normalización de los Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar (1991):

Método:	APP por unidad
Anticonceptivos orales:	15 ciclos por APP
DIU "T" de cobre 380-A:	3,8 APP por DIU insertado
Implante NORPLANT:	3,5 APP por implante
Preservativos:	150 unidades por APP
Comprimidos de espuma vaginal (Conceptrol, Neo-Sampon):	150 comprimidos por APP
Esterilización (masculina o femenina):	10 APP por procedimiento
DepoProvera (inyectable):	4 dosis (ml) por APP
Noristerat (inyectable):	6 dosis por APP
(inyectable mensual):	12 dosis Cyclofem por APP
Planificación familiar natural (NFP):	2 años por adoptador capacitado, confirmado
Método de lactancia y amenorrea (MLM):	4 usuarias activas por APP ¹

[Nota: Al final la discusión se proporciona un cálculo ilustrativo de este indicador (APP).]

Utilización de los servicios

Datos necesarios

Cantidades de píldoras, preservativos y espermicidas distribuidos a los clientes; número de DIU e implantes NORPLANT insertados; número de inyecciones administradas; número de operaciones de esterilización realizadas; número de clientes capacitados confirmados de NFP; número de clientes del MLM durante el período de referencia.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas del servicio o sistema de información de gestión logística.

Finalidad y cuestiones

Los APP miden el volumen de actividad del programa. Los utilizan los gerentes de los programas y agencias donadores para supervisar el progreso en la provisión de servicios anticonceptivos al nivel de programa y proyecto. Debido a que la USAID y el IPPF requieren que las entidades a las que proporcionan apoyo declaren los APP, esta medida es en la actualidad uno de los indicadores más ampliamente utilizados de la producción de programas internacionales de planificación familiar.

El indicador tiene varias ventajas:

- puede calcularse a partir de datos recopilados habitualmente en los programas o proyectos, reduciendo así al mínimo la carga de recopilación de datos;
- estos datos pueden obtenerse de todos los distintos mecanismos de provisión de servicios (clínicas, CBD, mercadeo social y sector comercial); y
- el cálculo del APP es relativamente sencillo de realizar.

Las principales desventajas del indicador son las de que:

- no es fácil intuitivamente de comprender por parte de quienes no trabajan en el campo de la población;
- no es posible determinar el número de personas representadas por APP. Por ejemplo, si el programa administra 10.000 inyecciones de DepoProvera, esta cifra es equivalente a 2.500 APP. Teóricamente, esto representa 2.500 mujeres protegidas durante 12 meses cada una; sin embargo, en realidad puede representar 5.000 mujeres protegidas durante 6 meses cada una o 10.000 mujeres protegidas durante 3 meses cada una; y
- la validez de las hipótesis en las que se basa la selección de los factores de conversión ha sido ampliamente cuestionada (Stover et al., 1993).

Con respecto al cálculo del APP para métodos de largo plazo, en la mayoría de los programas toda la cifra se "acredita" al año del calendario en el que se acepta el método. Por ejemplo, si un programa de planificación familiar realizó 100 operaciones de VSC en un año dado, acreditaría la totalidad de los 1.000 APP (100 procedimientos x 10 años/cada uno) a ese año del calendario, aun cuando la protección impartida por esos procedimientos se realizaría en realidad a través de ese período y de los nueve años siguientes. Otro enfoque consiste en "anualizar" esta proyección, asignándola a través de un período de diez años. El mismo principio se aplica a los DIU y al implante NORPLANT. Aunque el primer enfoque (consistente en acreditar toda la cantidad de APP en el año del calendario de aceptación) ha sido criticado enérgicamente, representa la práctica actual en la mayoría de los programas que notifican

Utilización de los servicios

el APP, probablemente debido a su mayor facilidad de aplicación.

Utilización de los servicios

En condiciones ideales, el APP debería basarse en el volumen de anticonceptivos entregados a los clientes que supuestamente los utilizan, no en los entregados a las instalaciones donde pueden permanecer sin utilizar en cartones o estanterías. Sin embargo, en algunos proyectos tales como los de mercadeo social, puede ser imposible supervisar la cifra exacta que llega a manos de los clientes. Más bien, el único medio de calcular el APP consiste en basarlo en el volumen de anticonceptivos entregados a los minoristas en cuestión. Dado que los detallistas probablemente no tengan existencias que no puedan vender con facilidad, es probable que (después de una remesa inicial) la mayoría de los anticonceptivos vendidos a los detallistas lleguen a manos de los consumidores. Sin embargo, en los casos en que el cálculo del APP se basa en el volumen de productos entregados a los minoristas, no directamente a los clientes o los propios compradores, este detalle deberá aclararse a los usuarios de la información.

Los factores de conversión indicados arriba son los propuestos en enero de 1991 por el Grupo Especial sobre Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar, en parte en respuesta al comentario "¿Qué marcha mal con los APP?" (Shelton, 1991). Hay aún un debate considerable sobre la idoneidad de estos factores puesto que varios de ellos no se derivaron sobre una base empírica.¹ Con el Proyecto EVALUACION, está en vías de realización un intento de examinar la evidencia empírica existente (en relación con el desperdicio, la duración media de utilización, la frecuencia de relaciones sexuales, la uniformidad de uso y la utilización no anticonceptivo de preservativos), para evaluar si en realidad estos factores de conversión son apropiados y, en caso contrario, qué factores serían preferibles (Stover et al., 1993). Los resultados pertinentes se incorporarán en los factores de conversión que se presenten en la versión siguiente del Manual.

¹ Algunos han argumentado que, a la luz de la controversia en torno a los factores de conversión para calcular los CYP, sería mejor supervisar el volumen de cada anticonceptivo vendido. Este enfoque sería apropiado para un programa que se basa solamente en uno o dos métodos, pero es menos práctico para el programa más convencional que brinda de seis a siete métodos diferentes y, de esta forma, tendría que supervisar cada uno por separado.

Cálculo ilustrativo

APP, basados en factores de conversión que se proporcionan en el texto.

Método	Cantidad	APP
Anticonceptivos orales	5.022	334,8
DIU	87	330,6
Preservativos	62.810	418,7
Comprimidos vaginales	3.900	26,0
Ligaduras de trompas	13	130,0
DepoProvera	1.277	319,3
TOTAL		1.559,4

Utilización de los servicios

Indicador

COMBINACION DE METODOS

Definición

Distribución porcentual de usuarios de anticonceptivos (o, como alternativa, de aceptantes) por método.

Datos necesarios

Número de usuarios (de aceptantes) por método.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios; (para una medida basada en la población, véase el Capítulo VIII).

Finalidad y cuestiones

La combinación de métodos proporciona un perfil del nivel relativo de uso de diferentes métodos anticonceptivos. Una amplia combinación de métodos indica que la población tiene acceso a una gama de métodos anticonceptivos diferentes. A la inversa, la combinación de métodos puede mostrar: (1) sesgo del proveedor en el sistema, si un método se ve fuertemente favorecido en exclusión de otros; (2) preferencias del usuario; o (3) ambas cosas.

Debido a los problemas de supervisar el número de usuarios actuales tomando como base las estadísticas del servicios, la combinación de métodos se basa generalmente en los aceptantes, no en los usuarios actuales, cuando se mide al nivel de programa. Ambos no producirían la misma distribución ya que los datos de los usuarios reflejarían la acumulación de métodos de acción prolongada de años anteriores.

Igualmente, es de esperar alguna discrepancia en cuanto a la combinación de métodos calculada a partir de las estadísticas del programa frente a las encuestas, incluso en los programas con datos fiables. (La razón es la de que las estadísticas basadas en el programa reflejan la actividad en el año del calendario que se está estudiando, mientras que los resultados de encuestas incluyen a los usuarios continuos de métodos de acción prolongada que los adoptaron en años precedentes y no han necesitado u obtado por regresar a la clínica en el año del calendario que se estudia). Además, los datos de encuestas incluyen métodos populares, métodos no relacionados con el programa (por ejemplo, el coito interrumpido) y métodos del programa que también pueden obtenerse de fuentes no pertenecientes al programa (por ejemplo, píldoras de farmacias).

A pesar de un debate considerable acerca de la combinación de métodos, se ha dicho relativamente poco en la literatura publicada sobre qué constituye una combinación deseable de métodos (Hutchings y colaboradores, 1987, son una excepción). Generalmente se considera que un programa debería responder a las necesidades cambiantes de la población en diferentes etapas del ciclo de vida reproductiva, brindando métodos reversibles a quienes desean espaciar y métodos permanentes a quienes han completado la dimensión deseada de su familia. Así, pues, los programas que no ofrecen métodos permanentes o que subrayan demasiado los métodos permanentes son objeto de crítica. Sin embargo, en la categoría de métodos reversibles, la distribución de aceptantes por tipo de anticonceptivo variará de

Utilización de los servicios

acuerdo con la disponibilidad de métodos concretos, costos, preferencias locales y otros factores, haciendo difícil generalizar con respecto a la combinación deseable de métodos.

Utilización de los servicios

Indicador

CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS

Definición

Perfil sociodemográfico de usuarios actuales de métodos anticonceptivos relevante para la planificación del programa o para el mercadeo.

Entre las características relevantes figuran las siguientes: edad, la paridad, residencia urbana-rural, condición socioeconómica, etnicidad y otros factores que se juzgan importantes en el contexto de un país concreto.

Datos necesarios

Datos sobre edad, la paridad y otras características de los usuarios (o, si no se dispone de ellos, de las aceptantes).

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios; encuestas demográficas (véase el Capítulo VIII).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide las características de los clientes que reciben servicios anticonceptivos en los puntos de provisión de servicios del programa. Los casos en los que el programa está concebido de forma que llegue a subgrupos que tienen características sociodemográficas concretas (por ejemplo, mujeres de la paridad más baja), indican el grado en el que el programa está llegando a la población beneficiaria. Análogamente, la existencia de grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales en un programa público puede significar que no se está llegando a las poblaciones beneficiarias clave.

En condiciones ideales, querríamos disponer de este tipo de información para todos los usuarios actuales. Sin embargo, debido a la dificultad de observar a los usuarios actuales, un enfoque distinto consiste en obtener datos sobre los aceptantes a medida que entran en el programa.

Las estadísticas del programa sobre características de los usuarios permiten a un programa supervisar en qué grado cambia en el curso del tiempo su población cliente. Típicamente, un programa nuevo en un país de baja prevalencia atraerá inicialmente a mujeres de más edad, de alta la paridad, cuya necesidad sentida para el servicio es grande. En el curso del tiempo, la edad media y la paridad de las clientes desciende a medida que la planificación familiar se torna más aceptable desde el punto de vista social y atrae a parejas en una etapa más temprana en su vida reproductiva.

Indicador

TASAS DE CONTINUACION

Definición

La probabilidad de que un aceptante de un método anticonceptivo continúe utilizando anticonceptivos después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, un año). Esto se conoce como la tasa de continuación "para todos los métodos" (Naciones Unidas, 1961; Jejeebhoy, 1989).

Datos necesarios

El número de aceptantes que inician el uso de anticonceptivos en un determinado momento (o durante un período de tiempo dado) y la longitud del tiempo en que cada persona continúa utilizando el método (o un método sustitutivo). Tomando como base esta información, podemos calcular el porcentaje de personas que han utilizado continuamente un método anticonceptivo por un determinado espacio de tiempo (por ejemplo, 12 meses, 18 meses, etc.), así como la duración media o mediana de uso.

Fuente o fuentes de datos

Basados en el programa: registros de clientes acompañados de un seguimiento de los clientes que abandonan el programa.

Basados en población: encuestas con historiales o calendarios retrospectivos de uso de anticonceptivos (véase el Capítulo VIII).

Finalidad y cuestiones

Las tasas de continuación de anticonceptivos proporcionan una medida resumida útil de la eficacia general de los servicios del programa en permitir a los clientes mantener el uso de anticonceptivos. Este indicador se ha propuesto también como medida de la eficacia de los mecanismos de seguimiento de los servicios.

A pesar del interés actual en la continuación de uso de anticonceptivos en relación con la calidad de la atención, los datos exactos sobre continuación tienden a ser difíciles y costosos de recopilar en los programas.

Las tasas de continuación pueden estimarse entrevistando a cohortes "reales" de aceptantes (clientes que aceptan un método anticonceptivo en el mismo mes) a uno o más intervalos fijos de tiempo después de la aceptación (por ejemplo, 12 meses) a fin de determinar el porcentaje que aún sigue utilizando el método después de transcurrido ese período de tiempo. Esto proporciona una tasa de continuación que es intuitivamente más simple de calcular que las tasas de "tabla de vida" que se calculan a partir de datos de encuestas (véase el Capítulo VIII donde se analiza más detenidamente el uso de los datos de encuestas para calcular las tasas de continuación).

No obstante, las tasas de continuación derivadas de fuentes de datos basadas en instalaciones tienden a estar caracterizadas por: (a) sesgo de selección, ya que las características de los clientes que acuden a las clínicas pueden ser diferentes de las de los usuarios de anticonceptivos pertenecientes a la población en

Utilización de los servicios

general; y (b) un número considerable de aceptantes que se "pierden para seguimiento". Como resultado de este último problema, las estimaciones basadas en las personas con las que el programa ha mantenido contacto pueden no medir con exactitud las tasas de continuación incluso en la población de usuarios del programa. Los problemas de pérdida de seguimiento son difíciles de eliminar por completo y puede ser costoso emprender las encuestas periódicas de seguimiento requeridas para reducir al mínimo el sesgo resultante.

Un problema adicional con las estimaciones de las tasas de continuación (y las tasas de falla o embarazo que se describen en el Capítulo VIII) tomando como base datos de clínicas es el de que dichas estimaciones no captan la experiencia de los usuarios de anticonceptivos que obtienen suministros de fuentes no clínicas (por ejemplo, de establecimientos de ventas comerciales). En el grado en el que los proveedores de servicios basados en clínicas pueden proporcionar asesoría útil en relación con el uso apropiado de métodos aceptados, es probable que el nivel de uso adecuado de métodos anticonceptivos entre clientes de servicios basados en clínicas sea diferente del de los clientes del sector comercial.

A veces se usan dos tasas de continuación como alternativas:

- tasa de continuación del primer segmento: la probabilidad de que una aceptante de un determinado método siga utilizando el método sin interrupción por un período de tiempo concreto; y
- tasa de continuación del primer método: la probabilidad de que una aceptante de un método concreto siga utilizando ese método por un determinado espacio de tiempo sin cambiar de método o quedar embarazada, permitiéndose intervalos breves de discontinuación (Jejeebhoy, 1989).

Los proveedores de servicios preocupados de la calidad de la atención muestran actualmente la tendencia a promover el cambio de método si el primer método no resulta satisfactorio, basándose en la premisa de que esta práctica resultará en una mayor satisfacción de los clientes y en mayores tasas de continuación. A la luz de este hecho, "la tasa de continuación para todos los métodos" parecería ser más apropiada que las dos otras tasas posibles del "primer método", que se acaban de mencionar, para evaluar la continuación en un programa.

Esta materia se trata más detenidamente en el Capítulo VIII.

Capítulo VIII

anticonceptiv

- a**
 - Tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR)
 - Número de usuarios actuales
 - Utilización de la anticoncepción alguna vez (uso pasado)
 - Fuente de suministro (por método)
 - Combinación de métodos
 - Características de los usuarios
 - Tasas de continuación
 - Tasas de falla del anticonceptivo

INDICADORES PARA MEDIR LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA

Tal como se indicó en el capítulo precedente, la utilización de los servicios y la práctica anticonceptiva están íntimamente vinculadas pero, son conceptualmente distintas. En este capítulo presentamos medidas de la práctica anticonceptiva que utilizan datos demográficos.

La Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) fue la primera de las encuestas en gran escala concebidas para obtener datos sobre una muestra representativa de mujeres de edad reproductiva, para todo un país, en relación con la fecundidad y la planificación familiar (Kendall, 1979). Aunque se proporcionó gran cantidad de información sobre los determinantes de la fecundidad, no se proporcionaron datos suficientes para diseñar y evaluar programas de planificación familiar; además, se requirió un tiempo considerable para procesamiento y análisis de los datos en detrimento de la utilidad de la información disponible para los administradores del programa.

Como alternativa a la WFS se formuló otro instrumento de encuesta como alternativa para fines programáticos: la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva (CPS). Implantado primero en El Salvador en 1975, este instrumento resultó ser una fuente útil de datos sobre el programa de planificación familiar (Morris et al., 1981). La serie inicial de Encuestas CPS realizadas por los Centros de Control de las Enfermedades (CDC) se amplió luego a un proyecto mayor de CPS, otorgado por la USAID a Westinghouse Applied Health Systems (ahora IRD Macro) a finales de la década de 1970. Al propio tiempo, los CDC han seguido realizando Encuestas sobre Planificación Familiar (FPS) y Salud Reproductiva.

En la década de 1980, la CPS adoptó un formato ampliado, las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), que incluyó: (a) datos programáticos de planificación familiar de la CPS, (b) los datos demográficos detallados de la WFS y (c) un módulo sobre la condición de salud de las mujeres y sus hijos menores de cinco años. Más de 40 países han participado en la EDS o en la FPS. Un total de 31 países han realizado ahora dos o más encuestas, entre ellas, WFS, CPS, EDS, FPS y otras encuestas comparables (London et al., 1985; Robey et al., 1992). (Para mayor simplicidad, en todo este Manual se utiliza el término "EDS", pero debería interpretarse como "encuestas tipo EDS", incluidas las realizadas por los CDC y otras encuestas demográficas y de salud reproductiva a escala nacional realizadas bajo los auspicios de otras entidades).

Estas encuestas proporcionan los datos demográficos citados tan frecuentemente en este Manual. Se han realizado numerosas encuestas de índole similar para determinadas áreas (regiones o ciudades) en relación con proyectos de investigación de operaciones o para otros fines de investigación y evaluación, que también proporcionan estimaciones demográficas de la prevalencia anticonceptiva.

Con anterioridad a estas encuestas en gran escala, los demógrafos trataron en general de evaluar la cobertura de los programas de planificación familiar estimando el numerador a partir de las estadísticas de los servicios, y el denominador a partir del censo u otros datos demográficos. Sin embargo, las encuestas se han convertido en el método preferido para estimar la cobertura de los programas (por ejemplo, prevalencia anticonceptiva). Las encuestas eliminan el problema de recuento doble (si una mujer ha visitado más de una instalación para obtener anticoncepción); incluyen a personas que obtienen sus anticonceptivos de fuentes distintas de las del programa (por ejemplo, un médico privado); e identifican a personas que utilizan métodos que no requieren contacto con el programa (por ejemplo, el coito interrumpido) (London et al., 1985). Una limitación de las encuestas es el posible sub-recuento

Práctica anticonceptiva

del uso de los anticonceptivos (si las mujeres optan por responder que no usan anticonceptivos, para salir del paso y terminar la entrevista o para evitar ser descubierta si practica en secreto la anticoncepción).

Los indicadores siguientes resumen categorías más útiles de información que pueden obtenerse de las encuestas en gran escala para medir la práctica anticonceptiva.

Indicador

TASA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA (CPR)

Definición

La proporción de mujeres de edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento. A menudo se restringe a las mujeres casadas o en unión sexual. El indicador se calcula de la manera siguiente:

$$\text{CPR} = \text{U} / \text{P}$$

Donde:

U = número de mujeres que utilizan un método anticonceptivo en un determinado momento
y

P = número de mujeres de edad reproductiva (o alternativamente, mujeres de edad reproductiva actualmente casadas o en unión).

Cálculo ilustrativo

Tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR) entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, Kenya, 1989.

Todas las mujeres	Mujeres actualmente casadas o en unión:
CPR = 1,659/7,150	CPR = 1,282/4,765
= .232	= .269

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Kenya, 1989.

Datos necesarios

El número total de mujeres de edad reproductiva, por estado civil (optativo); y de éstas, el número de mujeres que utilizan actualmente un método anticonceptivo.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La CPR proporciona una medida de la cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos; es la medida más ampliamente declarada del resultado de los programas de planificación familiar al nivel de población.

Técnicamente hablando, la tasa de prevalencia anticonceptiva CPR es una proporción, no una tasa. La prevalencia se mide por una proporción y la incidencia, por una tasa. Para un año dado, la prevalencia anticonceptiva mide la proporción de mujeres de edad reproductiva en unión que utilizan una forma de anticoncepción. Para obtener una tasa verdadera del uso anticonceptivo, la medida deberá tener en el denominador la población sometida a riesgo (de embarazo), es decir, las mujeres sexualmente activas que no son infecundas, que no están embarazadas o que no son amenorreicas. El numerador tendría el número de usuarias de anticonceptivos en dicha población. Cabe subrayar que este aspecto se incluye para fines de información únicamente. La comunidad internacional dedicada a cuestiones de población utiliza el término "tasa de prevalencia anticonceptiva" tal como se define más arriba y, por tanto, este Manual sigue esta práctica para garantizar uniformidad.

La práctica en la declaración de la prevalencia anticonceptiva consiste en basar este cálculo en las mujeres casadas o en unión sexual (aun cuando la mayoría de las encuestas tipo EDS hacen preguntas sobre el uso de anticonceptivos a las mujeres en edad reproductiva, independientemente de su estado civil). En los países con una actividad sexual fuera del matrimonio relativamente escasa para las mujeres, al fundamentar las estimaciones de prevalencia en las mujeres en unión sexual se capta a la población sometida a riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países con la práctica generalizada de actividad sexual fuera de uniones estables, una estimación de la prevalencia basada en las mujeres en unión solamente ignoraría a una proporción considerable de las usuarias actuales. Así, pues, los investigadores siguen estudiando la idoneidad de fundamentar la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres frente a las que se hallan en unión estable.

Si bien la CPR puede obtenerse teóricamente de las estadísticas del servicio basándose en el número de usuarias actuales y en estimaciones de la población sometida a riesgo de embarazo, la práctica actual es en depender de encuestas por muestreo para reducir al mínimo los problemas asociados con el mantenimiento de un recuento continuo de usuarias actuales y con la obtención de estimaciones exactas de la población. (Entre los problemas figuran datos incompletos, recuento doble de usuarias que entran en el sistema de provisión de servicios en más de un punto, inflación intencional de las estadísticas sobre servicios y calidad deficiente de los datos debido a otras actividades que compiten por la atención de quienes registran la información, para citar sólo los principales.)

La EDS constituye actualmente la fuente principal para obtener estimaciones al nivel nacional de la prevalencia. Tal como se indicó arriba, la "EDS" se utiliza en este Manual con el significado de "encuestas tipo EDS": la EDS propiamente dicha, las Encuestas de Planificación Familiar realizadas por los CDC y otras encuestas nacionales en gran escala realizadas por los propios países con los auspicios de otras entidades (por ejemplo, en Argelia, Bangladesh, China, Hong Kong, India, Singapur, Africa del Sur, Corea del Sur, Taiwán, Turquía y Vietnam). También pueden utilizarse encuestas de escala menor o encuestas más concentradas para estimar la CPR, siendo el elemento esencial para obtener estimaciones científicamente válidas el uso de métodos de muestreo probabilístico. También pueden obtenerse estimaciones añadiendo preguntas pertinentes a las encuestas sobre otros temas (por ejemplo, la prevalencia del programa de salud o encuestas de cobertura), siempre que los métodos de muestreo y los

tamaños de la muestra sean apropiados.

Indicador

NUMERO DE USUARIOS ACTUALES

Definición

El número de mujeres (o sus parejas) de edad reproductiva que se estima están utilizando un método anticonceptivo en un determinado momento; éste puede declararse por tipo de método, región, tipo de fuente u otra variable pertinente.

Datos necesarios

Recuentos de mujeres (o sus parejas) que utilizan un método anticonceptivo en determinado momento.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas (preferible); estadísticas de los servicios (véase el Capítulo VII).

Finalidad y cuestiones

El número de usuarios actuales proporciona una medida resumida del volumen total de servicios del programa. Con anterioridad a la introducción de las encuestas demográficas para evaluar los programas de planificación familiar, el número de usuarios actuales se calculaba a partir de las estadísticas basadas en el programa y constituía un indicador ampliamente utilizado de la producción del programa. Es atractivo ya que: (a) es intuitivamente claro, (b) mide directamente lo que los programas están tratando de generar: usuarios de la anticoncepción y (c) puede emplearse para comparar el desempeño de un determinado programa en el curso del tiempo o entre distintas regiones.

Aunque conceptualmente claro y aparentemente fácil de recopilar, el recuento del número de usuarios actuales a partir de los registros del programa ha resultado ser una actividad de alta densidad de mano de obra, que consume mucho tiempo, especialmente en los programas grandes que no tienen un sistema computarizado de registro de clientes (incluidas la mayoría de las actividades de CBD). Concretamente, requiere: (1) estimar el período de tiempo para el que cada cliente individual deberá ser considerado activo, tomando como base la cantidad de suministros de anticonceptivos que recibe; y (2) agregando el número total de personas estimadas como activas en un determinado momento. Por esta razón, muchos programas han abandonado el monitoreo de los usuarios actuales y declaran en vez de ello los Años Protección Pareja (véase el capítulo precedente) como medida de la actividad del programa.

El número de usuarios actuales en la población total (no meramente los usuarios del programa) puede estimarse multiplicando el número estimado de mujeres de edad reproductiva en unión sexual (tomando como base datos de censos o estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas) por la tasa de prevalencia anticonceptiva (de una encuesta). Esta cifra puede dividirse por fuentes de suministro, obtenible de los datos de encuestas (aunque muchos encuestados quizás no puedan proporcionar información exacta y completa con respecto a la fuente). Esta estimación del número actual de usuarios es útil para los gerentes de programas con miras a prever las necesidades de servicios en sus programas en términos de proveedores y suministros para diferentes regiones del país. Sin embargo, la mayoría de los investigadores y evaluadores están más interesados en la prevalencia anticonceptiva (porcentaje de todas las mujeres casadas) que en una estimación del número absoluto de clientes que

utilizan un método.

Indicador

UTILIZACION DE LA ANTICONCEPCION ALGUNA VEZ (USO PASADO)

Definición

La proporción de mujeres de edad reproductiva que han utilizado alguna vez un método anticonceptivo, incluidas las que están utilizando un método en la actualidad.

Datos necesarios

El número de mujeres de edad reproductiva que declaran haber utilizado alguna vez un método anticonceptivo (incluidas las que en la actualidad están utilizando uno), el número total de encuestadas y el estado civil (optativo).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

El uso de personas que han utilizado alguna vez la anticoncepción proporciona una medida aproximada del grado en el que una población dada ha experimentado con métodos de anticoncepción, es decir, tiene conocimiento directo de la anticoncepción al haber ensayado el método en algún momento. Cuando se introduce un nuevo método de planificación familiar en un país en el que la prevalencia anticonceptiva es muy baja, este indicador puede ser útil para evaluar el grado en el que el programa ha "llegado" a esta población (ha producido alguna respuesta por parte de ella).

La EDS formula la pregunta "¿Ha utilizado usted alguna vez algo o tratado de alguna forma de postergar o evitar quedar embarazada?" a todas las mujeres que declaran haber escuchado al menos hablar de un método para retrasar o evitar el embarazo. Los resultados pueden declararse para todas las mujeres o para las mujeres que alguna vez han estado en unión sexual. En los países con un uso considerable de anticonceptivos correspondiente a actividad sexual antes del matrimonio, la selección del grupo de referencia puede incidir sustancialmente en los resultados.

Los datos sobre el uso pasado de anticoncepción se recopilan generalmente como parte del historial elaborado para nuevos usuarios de servicios anticonceptivos. Sin embargo, esta información tiende a utilizarse para comprender mejor las necesidades y experiencias de los clientes hasta la fecha. Rara vez se notifica para fines de evaluación y, por tanto, las estadísticas del programa no se mencionan como fuente del dato.

Las comparaciones del uso pasado y el uso actual proporcionan información útil sobre continuación de la anticoncepción. Por ejemplo, si el 80 por ciento de la población ha ensayado alguna vez un método moderno pero sólo el 10 por ciento utiliza actualmente un método, esto indicaría un alto grado de interés en la anticoncepción pero un descontento aparente con los servicios del programa o los métodos disponibles. Dicha información indicaría la necesidad de explorar adicionalmente esta situación. Sin embargo, la relación de uso pasado a uso actual se ve afectada por numerosos factores, lo que hace que tenga poco valor para fines de evaluación, salvo en situaciones relativamente extremas,

para indicar un problema posible, como se ha indicado arriba.

Indicador

FUENTE DE SUMINISTRO (POR METODO)

Definición

La distribución porcentual de los tipos de puntos de provisión de servicios citados por los usuarios como fuente de su método anticonceptivo (si se trata de más de una fuente, entonces la más reciente).

Datos necesarios

El número de encuestados que actualmente utilizan la anticoncepción, el tipo de método utilizado y la fuente de suministro de su método (más reciente).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador es útil para que los funcionarios de los programas de planificación familiar muestren dónde los usuarios de anticonceptivos obtienen sus suministros, para evaluar la eficacia del programa y para pronosticar las necesidades de adquisiciones. Es especialmente apropiado para los países que tratan de desviar la carga de los servicios de planificación familiar del sector público al sector privado. Por ejemplo, las encuestas tipo EDS producen información sobre el porcentaje de prevalencia de uso de métodos modernos correspondiente al sector privado.

En la mayoría de los países, la fuente de suministro variará sustancialmente según el tipo de método. Los VSC, DIU y el implante NORPLANT requieren una instalación basada en la clínica (incluidas las clínicas móviles). Las píldoras pueden obtenerse a través de las clínicas, además de los establecimientos de ventas comerciales y CBD. DepoProvera, antaño un método basado en la clínica, se está introduciendo en programas de CBD a título experimental. Pueden suministrarse preservativos y espermicidas desde cualquier clase de establecimiento. Así, pues, los datos sobre la fuente de suministros son especialmente útiles cuando se clasifican según el método.

La "fuente de suministro" produce dos tipos de información: tipo de establecimiento y tipo de sector (público/privado). El tipo de establecimiento incluye, por lo general, a los hospitales, centros de salud, clínicas de planificación familiar, clínicas móviles, farmacias, trabajadores de campo, médicos particulares y tiendas, entre otros. El sector distingue entre los programas gubernamentales y los del sector privado (incluida la asociación local de planificación familiar, los detallistas comerciales, los médicos particulares y otros proveedores privados). En condiciones ideales, los datos sobre fuente de suministro deberían producir la proporción de uso de anticonceptivos atribuible al programa de gobierno, a la asociación de planificación familiar privada, al sector privado (farmacias, médicos particulares) y a otras fuentes pertinentes.

Sin embargo, la distinción entre público y privado resulta difícil, en especial en los países con fuentes múltiples de servicios anticonceptivos. El encuestado puede identificar incorrectamente una clínica

dada como clínica del gobierno cuando en realidad se trata de una clínica del sector privado (o simplemente puede no saber qué clase de clínica es). Un médico particular puede en realidad estar participando en un programa subvencionado para ofrecer servicios de bajo costo a determinados grupos beneficiarios. En respuesta a este problema, el cuestionario de la EDS III proporcionará una línea para escribir el nombre de la instalación. Después de la entrevista, un miembro del equipo de investigación codificará el lugar mencionado de acuerdo con la clasificación correcta, tomando como base listas maestras de POS. Los POS que no figuren en la lista pueden clasificarse en una fecha posterior poniéndose en contacto con proveedores clave de información de la zona.

Indicador

COMBINACION DE METODOS

Definición

La distribución porcentual de usuarios de anticonceptivos por método.

Datos necesarios

Número de usuarios actuales por método.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas; estadísticas de servicios (véase el Capítulo VII).

Finalidad y cuestiones

Tal como se indicó en el capítulo anterior, la combinación de métodos indica la distribución de uso de anticonceptivos entre los diferentes métodos de anticoncepción. Puede denotar sesgo del proveedor, problemas de suministro o preferencias del cliente.

Los datos sobre la combinación de métodos, obtenidos de las encuestas y de las estadísticas de servicios, son esenciales para pronosticar las necesidades de productos y servicios en el futuro. Estos datos proporcionan estimaciones del número actual de clientes que utilizan estos métodos; los cambios en la combinación de métodos en el curso del tiempo son útiles para proyectar las tendencias futuras (tales como un aumento constante en el uso de la esterilización femenina en ciertos países).

En el caso de la combinación de métodos, no se trata de qué fuente de datos es mejor: basados en el programa frente a basados en la población. Ambos tipos de datos se utilizan para pronosticar las necesidades futuras de anticonceptivos de un país. Se consideraría que los datos de encuesta son medios más fiables de evaluar las preferencias de métodos específicos, ya que incluyen a clientes del sector tanto público como privado, además de los que utilizan un método no relacionado con el programa, tal como el coito interrumpido. Sin embargo, hay que tener presente que los datos de encuestas (por ejemplo, la EDS) pueden tener un error muestral grande, en especial cuando el porcentaje de clientes que utilizan un método concreto es muy bajo.

Ciertamente, las estadísticas de los datos basados en encuestas y las estadísticas de servicios no siempre concuerdan, situación que puede deberse a estadísticas de servicios infladas, a desperdicio en el sistema o a venta de productos fuera de la zona objetivo del programa (por ejemplo, a través de las fronteras). Para conciliar dichas discrepancias, pueden realizarse estudios especiales.

Indicador

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS

Definición

Un perfil sociodemográfico de los usuarios actuales de métodos anticonceptivos pertinente para fines de planificación del programa o mercadeo.

Entre las características pertinentes figuran la edad, la paridad, la residencia urbana o rural, la situación económica, la etnicidad y otros factores que se consideran importantes en el contexto de un país dado.

Datos necesarios

Datos sobre edad, la paridad y otras características de los usuarios (y, en las encuestas, de no usuarios, con fines de comparación).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas; estadísticas de servicios (véase el Capítulo VII).

Finalidad y cuestiones

Esta medida indica el tipo de personas que utilizan la anticoncepción en un país (o región) dado. Los perfiles de usuarios basados en las estadísticas de servicios reflejan las características de los clientes que reciben servicios anticonceptivos en los puntos de provisión de servicios del programa, mientras que los perfiles basados en los datos de encuestas reflejan las características de los usuarios que obtienen servicios y suministros anticonceptivos de todas las fuentes de servicios y distribución. Así, pues, una comparación de las características de la población usuaria con las de la población en general proporciona conocimientos valiosos sobre los tipos de personas a las que se está llegando (por ejemplo, mejor educada, más susceptible de tener empleo remunerado, la paridad más alta, etc.).

Con datos de encuestas, también es posible comparar las características de los usuarios frente a los no usuarios y, por tanto, determinar subpoblaciones a las que no está llegando el programa existente. Las encuestas tienen una ventaja adicional frente a las estadísticas de servicios consistente en el hecho de que normalmente se dispone de información más detallada sobre las características de los usuarios de anticonceptivos.

Este indicador hace la pregunta: "De todas las personas que utilizan anticonceptivos, ¿cuál es el desglose por _____ (residencia urbana o rural, nivel de educación, religión, grupo étnico, etc.)?" Por ejemplo, pudiéramos hallar que de todos los usuarios de anticonceptivos en un determinado país, el 70% eran católicos y el 30% evangélicos; si en dicho país, el 70% de la población fuese católica, 30% evangélica, entonces este desglose representaría simplemente la composición de la población en general (véase el Cuadro B en el ejemplo a continuación).

El indicador sobre las características de los usuarios no debería confundirse con la pregunta formulada en muchos estudios de investigación: "¿Cómo difiere el uso de anticonceptivos entre su subpoblaciones?"

(que compara el porcentaje de clientes que utilizan la anticoncepción para diferentes categorías de la variable explicativa, por ejemplo, residencia urbana o rural, nivel de educación, religión, grupo étnico, etc.). Siguiendo con el ejemplo precedente de la religión, podríamos hallar que el 40% de las mujeres casadas de edad reproductiva en la población total utilizaba la anticoncepción y que no había diferencias entre los subgrupos (véase el Cuadro C, a continuación).

Ejemplos:

Cuadro A: Números absolutos: Tabulación cruzada de un anticonceptivo moderno según la religión

Uso de anticoncepción moderna	Religión		Total
	Católica	Protestante	
Sí	280	120	400
No	420	180	600
Total	700	300	1000

Cuadro B: Entre los usuarios, ¿cuál es el desglose por religión? (¿A qué religión tienden a pertenecer los usuarios?)

(Respuesta: 70% católica, 30% protestante)

Uso de anticoncepción moderna	Religión		Total
	Católica	Protestante	
Sí	70%	30%	100%
No	70%	30%	100%
Total	70%	30%	100%

Cuadro C: ¿Difiere el porcentaje que utiliza la anticoncepción moderna por afiliación religiosa?

(Respuesta: no)

Uso de anticoncepción moderna	Religión		Total
	Católica	Protestante	
Sí	40%	40%	40%
No	60%	60%	60%

Indicador

TASAS DE CONTINUACION

Definición

La probabilidad acumulativa de que los aceptantes de un método anticonceptivo estén aún utilizando cualquier método de anticoncepción brindado por el programa después de un período de tiempo especificado (por ejemplo, un año). Esto se conoce también como la tasa de continuación "para todos los métodos".

Al utilizar datos transversales de población, la tasa de continuación para cada intervalo de utilización (por ejemplo, primero, segundo, tercer mes de utilización) se calcula como el complemento de la relación de aceptantes que abandona el uso de un método de anticoncepción del programa en dicha duración de tiempo y el número de mujeres que aún utilizan la anticoncepción al comienzo del mes, es decir, 1 - tasa de abandono. Estas tasas de continuación se acumulan para obtener la probabilidad de que los aceptantes de un método anticonceptivo estén aún utilizando cualquier método del programa después del período de tiempo especificado.

El indicador (CR_x) se calcula de la siguiente manera:

$$CR_x = \prod_{x=1} (1 - q_x)$$

Donde:

q_x = T_x / N_x = probabilidad condicional de abandonar el uso durante un intervalo dado (por ejemplo, un mes, un trimestre, etc.);

T_x = número de mujeres que abandonan el uso durante el intervalo;

N_x = número de mujeres que utilizan la anticoncepción al comienzo del intervalo;

Nota: Π significa que $(1 - q_x)$ se multiplica a través de todos los intervalos de 1 a x.

Cálculo ilustrativo

Tasas de continuación de métodos modernos para duraciones de 1-12 meses, Indonesia, 1986-91.

x	T_x	N_x	q_x	CR_x
1	258,5	11839,7	0,218	97,8
2	137,5	11345,2	0,121	96,6
3	311,5	11047,0	0,282	93,9
4	106,3	10448,2	0,102	93,0
5	105,7	10304,8	0,103	92,0
6	264,4	10097,0	0,262	89,6
7	90,1	9586,7	0,094	88,7
8	71,2	9453,1	0,075	88,1
9	185,8	9263,9	0,201	86,3
10	99,4	8883,6	0,112	85,3
11	72,7	8707,7	0,084	84,6
12	280,1	8632,0	0,325	81,9

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Indonesia, 1991.

Nota: Las cifras correspondientes a abandonos no son números enteros debido a la aplicación de ponderaciones de muestreo.

Datos necesarios

Información sobre iniciación de anticonceptivos, uso (incluido el cambio de métodos) y abandono durante un período de referencia dado (por ejemplo, los 3-5 años anteriores a una encuesta). Tomando como base esta información, podemos calcular el porcentaje de personas que continúan usando la anticoncepción por un período de tiempo específico (por ejemplo, 12 meses, 18 meses, etc.), así como el tiempo mediano de uso.

Fuente o fuentes de datos

(Basados en el programa): registros de los clientes acompañados de un estudio de seguimiento de los clientes que abandonan el programa (véase el Capítulo VII).

(Basados en la población): encuestas con historiales o calendarios retrospectivos de uso de anticonceptivos.

Finalidad y cuestiones

Tal como se advirtió en el Capítulo VII, las tasas de continuación de anticonceptivos proporcionan una medida resumida útil de la eficacia general del programa en habilitar a los clientes para mantener el uso de anticonceptivos.

Aunque las tasas de continuación pueden calcularse a partir de datos clínicos o datos poblacionales, hay ciertas limitaciones con los datos basados en clínicos, por lo que los investigadores tienden a orientarse más hacia encuestas en gran escala para proporcionar mediciones más válidas de la continuación en la población objetivo.

La inclusión de calendarios anticonceptivos en las encuestas de tipo EDS reduce al mínimo los problemas de cobertura que se analizaron en el Capítulo VII. Sin embargo, dichas encuestas tienen limitaciones propias. Estas encuestas (a) dependen de la exactitud de la información que pueden recordar los encuestados, (b) no permiten la vinculación de los encuestados con POS concretos y (c) pueden no captar todo el historial anticonceptivo (por ejemplo, cuando se utiliza un calendario de cinco años). Sin embargo, dichas encuestas permiten calcular las tasas de continuación de cada método concreto.

Las dos otras tasas de continuación que se definen en el Capítulo VII (tasa de continuación para el primer segmento y la tasa de continuación para el primer método) se aplican tanto a datos basados en el programa como a datos basados en la población.

Cabe advertir la distinción entre el abandono y la falla de un método anticonceptivo. El abandono de la anticoncepción puede ocurrir debido a que la persona opta por dejar de utilizar un método concreto o debido a que ocurre embarazo accidental. Como tal, la falla del método es un subconjunto del abandono. La falla del método resulta necesariamente en abandono del método. Sin embargo, no todo abandono del método es atribuible a falla del método (véase el indicador siguiente donde se explica adicionalmente este aspecto).

Indicador

TASAS DE FALLA DEL ANTICONCEPTIVO

Definición

La probabilidad acumulada de que las mujeres que aceptan un método anticonceptivo experimenten un embarazo no intencionado mientras están usando el anticonceptivo y dentro de un período de tiempo específico (por ejemplo, un año).

Cuando se utilizan datos de corte transversal basados en la población sobre el uso y falla de anticonceptivos, la tasa de falla para cada intervalo de uso (por ejemplo, primer mes, segundo mes, tercer mes, etc., de uso) se calcula como la relación de embarazos no pretendidos que ocurren en ese intervalo para la cifra total de usuarias al comienzo del mes. Las tasas de falla se calculan para obtener la probabilidad de que las aceptantes de un método anticonceptivo experimenten un embarazo no pretendido dentro de un período de tiempo concreto, tal como un año.

La "falla de uso" incluye los embarazos debidos a fallas del método y fallas del usuario. Falla del método se refiere a la probabilidad teórica de embarazo accidental en la condición ideal de uso adecuado por todas las mujeres que utilizan un método en particular. Falla del usuario se refiere a embarazos accidentales resultantes del uso inadecuado.

El indicador (FR_x) se calcula de la manera siguiente:

$$FR_x = 1 - [(1 - FR_{x-1}) - (CR_{x-1} * q_x)]$$

Donde:

$q_x = F_x/N_x$ = probabilidad condicional de falla anticonceptiva durante el intervalo x ;

F_x = número de mujeres que abandonan el uso debido a falla del anticonceptivo durante el intervalo x ;

N_x = número de mujeres que utilizan el anticonceptivo al comienzo del intervalo x ;

T_x = número de mujeres que abandonan el uso del anticonceptivo por cualquier razón, incluida la falla del anticonceptivo, durante el intervalo x ;

$$CR_x = \prod_{x=1} [1 - (T_x/N_x)] =$$

$x = 1$

probabilidad de que las aceptantes continúen el uso después de un período de tiempo x .

Cálculo ilustrativo

Tasas netas de falla de uso, para todos los métodos, por lapsos de 1-12 meses, Indonesia, 1986-91.

x	F _x	T _x	N _x	CR _x	q _x	FR _x
0	-	-	-	1,000	-	0,0000
1	30,2	465,1	12656,7	0,963	0,0024	0,0024
2	26,8	237,4	12100,6	0,944	0,0022	0,0045
3	41,5	520,5	11766,3	0,903	0,0035	0,0078
4	32,2	178,9	11135,0	0,888	0,0029	0,0104
5	17,2	153,0	10965,5	0,876	0,0016	0,0118
6	27,1	422,3	10746,0	0,841	0,0025	0,0140
7	36,9	128,6	10211,6	0,831	0,0036	0,0170
8	19,8	131,5	10043,0	0,820	0,0020	0,0187
9	28,9	362,2	9833,6	0,790	0,0029	0,0211
10	26,5	172,7	9433,1	0,775	0,0028	0,0233
11	10,1	116,1	9230,5	0,765	0,0011	0,0241
12	21,5	455,0	9136,5	0,727	0,0023	0,0259

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Indonesia, 1991. Nota: Las cifras correspondientes a las fallas no son números enteros debido a la aplicación de ponderaciones de muestreo. Las tasas acumulativas de falla se han calculado utilizando la técnica de tabla de vida de incremento-decremento que toma en cuenta la pérdida de tiempo de exposición resultante del abandono por razones distintas a la falla del método y censura (véase Namboodiri y Suchindram, 1987, donde se presenta un análisis de tabla de vida de incremento-decremento).

Datos necesarios

El número de mujeres de edad reproductiva que han tenido un embarazo no pretendido mientras utilizaban un método anticonceptivo durante un período de tiempo según la duración de uso, el número de mujeres que abandonan la anticoncepción por otras razones según la duración de uso y el número de mujeres que utilizan la anticoncepción según la duración de uso. La información específica requerida depende del método utilizado para calcular la medida (véase a continuación donde se dan pormenores adicionales).

Fuente o fuentes de datos

Basados en el programa: teóricamente posibles basados en encuestas de seguimiento pero rara vez calculados.

Basados en la población: encuestas para recopilación de información retrospectiva sobre el uso de anticonceptivos o la condición de uso de anticonceptivos en el momento del embarazo para un período de referencia especificado (por ejemplo, los 3-5 años precedentes a la encuesta).

Finalidad y cuestiones

Las tasas de falla de uso de anticonceptivos proporcionan una medida de la frecuencia relativa con que se producen embarazos accidentales durante el uso de un método anticonceptivo. El indicador se considera como una medida resumida de la calidad de la protección anticonceptiva que se está proporcionando en los programas de planificación familiar y, en particular, de la eficacia del programa en informar a los clientes acerca del uso apropiado de los métodos. Tal como se indicó arriba, la medida incluye fallas del método y fallas resultantes de un uso poco apropiado. Como tal, no es posible derivar directamente de la medida la importancia relativa de cada causa de falla en un determinado contexto. Sin embargo, puesto que, tomando como base ensayos clínicos, se conocen las tasas teóricas de falla de los principales métodos anticonceptivos, de ordinario una tasa de falla de uso inusualmente elevada en un determinado contexto puede atribuirse a altos niveles de uso inadecuado del método.

La tasa de falla puede calcularse en uno de dos maneras: (1) como probabilidad de falla en ausencia de todas las demás razones de abandono (tasas brutas) o (2) como probabilidad de falla, darse cuenta de las mujeres pueden abandonar el método por alguna otra razón (por ejemplo, efectos secundarios, por quedar embarazadas, etc.) y, por tanto, no estar sometidas a riesgo de falla (tasas netas). Las tasas netas de falla siempre serán más bajas que las tasas brutas de falla ya que cuanto más elevada sea la probabilidad de abandonar el uso del método (por razones distintas a fallas del método), tanto más baja será la probabilidad de abandonar el método debido a fallas del método. En general, las tasas netas son más realistas ya que captan el riesgo verdadero de que las mujeres tengan una falla anticonceptiva.

Las tasas de falla en el uso de anticonceptivos pueden calcularse partiendo de fuentes de datos basados en el programa o basados en la población. No obstante, en vista de las limitaciones de los datos basados en el programa que se explicaron en el Capítulo VII y de adelantos metodológicos recientes, generalmente se prefieren las fuentes de datos basados en la población (Jejeebhoy, 1989; Bongaarts y Rodríguez, 1991). Las principales limitaciones de las estimaciones de las tasas de falla del uso de anticonceptivos basadas en datos del programa son las mismas que se indicaron en el análisis de las tasas de continuación.

En estudios previos se han utilizado dos tipos de tasas de falla: (a) la Tasa de Embarazo de Pearl (Pearl, 1932) y (b) las tasas de las tablas de vida. Debido problemas metodológicos con la Tasa de Embarazo de Pearl, los intentos más recientes por medir la falla del uso de anticonceptivos han utilizado métodos de tabla de vida.

Adelantos recientes en la metodología de encuestas demográficas y técnicas de estimación han hecho que el cálculo de las tasas de falla del uso de anticonceptivos sea más factible. Un adelanto consiste en la recopilación y análisis de datos retrospectivos del historial, en especial el empleo de calendarios de uso de anticonceptivos (Laing, 1985; Gaslonde y Carrasco, 1982). El cálculo ilustrativo que se explica arriba se basa en datos del calendario anticonceptivo tomados de la EDS de Indonesia y métodos de tabla de vida.

Un segundo adelanto importante ha sido la elaboración de un método de "estado actual" para medir la falla en el uso de anticonceptivos (Bongaarts, 1984; Bongaarts y Rodríguez, 1991). Este método brinda la ventaja frente a los métodos de historial retrospectivo o calendario de requerir una cantidad de datos considerablemente menos detallados. Con este método, sólo se requiere el estado actual de uso de

anticonceptivos, el número de nacimientos ocurridos durante los dos años precedentes a una encuesta y el estado de uso de anticonceptivos en el momento del embarazo. Remitimos al lector a las fuentes citadas arriba donde se proporcionan detalles adicionales sobre este método.

Capítulo IX

Impacto sobre la fecundidad

A. Nivel de Fecundidad

- Tasa bruta de natalidad (CBR)
- Tasa de fecundidad específica por edad (ASFR)
- Tasa global de fecundidad (TFR)

B. Nacimientos Evitados

- Nacimientos evitados (por el programa)

C. Otras Indicadores

- Tasa de natalidad específica por paridad
- Proporción de nacimientos por encima (o por debajo) de una paridad especificada
- Proporción de nacimientos en mujeres por encima o por debajo de una edad especificada
- Duración mediana de los intervalos entre nacimientos
- Proporción de intervalos abiertos o cerrados entre nacimientos que tienen una duración especificada o mayor
- Tasa global de fecundidad no deseada (UTFR)

INDICADORES PARA MEDIR EL IMPACTO SOBRE LA FECUNDIDAD

Este capítulo presenta una serie de indicadores para utilizarlos en la medición del impacto del programa de planificación familiar en la fecundidad. Al seleccionar los indicadores, nos guiamos por dos consideraciones principales. La primera, es la cuestión de la atribución de los cambios observados en la fecundidad al programa de planificación familiar (en contraoposición a factores distintos de los del programa), por es que se seleccionaron los posibles indicadores en términos de su aplicabilidad en uno o más métodos aceptados para abordar la cuestión de la atribución (a continuación se dan detalles adicionales). La segunda, tal como se advirtió en la introducción de este Manual, es el enfoque de esta versión inicial del Manual en el impacto del programa en la fecundidad. Este ámbito se ampliará en la actualización del Manual a fin de incluir de forma más sistemática otras áreas de posible impacto del programa (por ejemplo, sobre la salud materno-infantil).

Se ha dedicado un esfuerzo considerable a formular métodos e indicadores para medir la fecundidad o el impacto demográfico de los programas de planificación familiar. Como reflejo de este esfuerzo, en la literatura de investigación pueden hallarse al menos ocho enfoques metodológicos diferentes para cuantificar la magnitud del impacto del programa sobre la fecundidad (Sherris et al., 1985; Naciones Unidas, 1979, 1982, 1985, 1986; Chandrasekaran y Hermalin, 1975).

Un análisis de los métodos principales utilizados para medir el impacto sobre la fecundidad de los programas de planificación familiar pone de relieve que en estos métodos se utilizan dos tipos de indicadores: tasas de fecundidad y nacimientos evitados para el período, o ambas cosas.

Las tasas de fecundidad del período (por ejemplo, tasa bruta de natalidad, tasa global de fecundidad, etc.) se utilizan en dos formas principales: cierto número de métodos (por ejemplo, normalización, descomposición, análisis de tendencias, diseño experimental y métodos de regresión de área) utilizan las tasas de fecundidad de período medidas en dos o más puntos cronológicos para estimar el cambio bruto en la fecundidad y, luego, para tratar de distintas formas de determinar la porción del cambio observado en la fecundidad que es atribuible a la anticoncepción facilitada por el programa.

Otros métodos (por ejemplo, análisis de niveles múltiples, aplicaciones previas del método de regresión de áreas y diseños experimentales del tipo "después solamente") utilizan las tasas de fecundidad de período medidas en un punto cronológico y tratan de medir el grado en el que las diferencias de corte transversal en la fecundidad pueden atribuirse a diferencias en los niveles de exposición al programa (por ejemplo, anticoncepción facilitada por el programa) en contraoposición a otros determinantes de la fecundidad no relacionados con el programa (por ejemplo, diferencias socioeconómicas y determinantes próximos de la fecundidad distintos de la anticoncepción).

Los métodos basados en los nacimientos evitados comparan las tasas de fecundidad observadas con las tasas hipotéticas que se hubieran presentado en ausencia de la anticoncepción del programa (llamadas "fecundidad potencial"). La diferencia entre la fecundidad observada y potencial se utiliza para obtener una estimación del número de nacimientos que no ocurrieron durante un período de referencia debido a la anticoncepción facilitada por el programa. Se incluyen entre éstos los métodos estándar de Años

Impacto sobre la fecundidad

Protección Pareja, análisis de los procesos reproductivos, proyección de componentes y métodos de prevalencia. Remitimos al lector a las referencias citadas arriba donde se proporcionan detalles del cálculo de estos métodos.

En la presentación de estos indicadores, comenzamos describiendo una serie de indicadores convencionales que se han utilizado en relación con uno o más métodos estándar de evaluación del impacto sobre la fecundidad. La primera sección presenta distintos indicadores posibles del nivel de fecundidad mientras que la segunda sección describe e ilustra el uso de la medida de nacimientos evitados.

En la tercera sección del capítulo, se presenta una serie de indicadores adicionales bajo el encabezamiento de otros indicadores. En años recientes, los gerentes de programas de planificación familiar y los investigadores se han interesado cada vez más en evaluar la magnitud del impacto del programa sobre aspectos del comportamiento en materia de fecundidad imposibles de evaluar bien con medidas convencionales de la fecundidad. Una de estas áreas de interés la constituyen los indicadores del "tempo" de la fecundidad o espaciamiento de los nacimientos. En cierto número de países de África al sur del Sahara, por ejemplo, la demanda de planificación familiar con fines de espaciamiento de los nacimientos es mucho más fuerte que la de limitación de los nacimientos y, por tanto, los indicadores relacionados con el espaciamiento o cronología de los nacimientos son indicadores pertinentes del impacto a corto plazo para los programas en dichos países.

Otro campo de interés lo constituyen los indicadores que se utilizan en los programas con metas explícitas relacionadas con la la paridad o la edad de la madre; por ejemplo, los programas cuyos objetivos son reducir el número o tasa de nacimientos de mujeres por encima de cierta la paridad (por ejemplo, la paridad de 5) o de mujeres de ciertas edades (por ejemplo, menos de 20 años de edad o más de 35 años de edad). Las medidas convencionales de la fecundidad pueden no ser indicadores sensibles del impacto en el contexto de dichos programas.

Otras áreas pertinentes son el impacto del programa en reducir el grado de fecundidad no deseada y la incidencia del aborto.

Si bien los tipos de indicadores que se describen en los párrafos precedentes no han sido utilizados aún ampliamente para evaluar el impacto, el hecho de que las metas del impacto sobre la fecundidad para un número considerable de programas de países en desarrollo contemporáneos se expresen en términos concretos de la paridad -- o edad de la madre-- requiere prestar alguna consideración en este Manual a los indicadores apropiados del impacto de dichos programas. Cabe advertir, no obstante, que hemos limitado los indicadores considerados a aquéllos que se estima que son: (1) suficientemente sensibles y específicos y (2) que están basados en datos razonablemente exactos en un gran número de países en desarrollo.

En algunos casos, no hemos propuesto un indicador para las dimensiones importantes del impacto en la fecundidad debido a consideraciones sobre la disponibilidad y calidad de los datos. Por ejemplo, si bien se considera que las tasas de aborto son un indicador válido del efecto de algunos programas de planificación familiar, la falta de datos exactos sobre abortos en la mayoría de los países y la validez no demostrada de otros posibles métodos de recopilación y estimación (indirecta) nos han llevado a no incluir un indicador sobre el tema del aborto en la actual edición del Manual.

Finalmente, cabe advertir que se ha realizado relativamente poco trabajo sobre la formulación de métodos de evaluación del impacto que aborden la cuestión de la atribución del programa utilizando

Impacto sobre la fecundidad

indicadores de la clase que se describe en la tercera sección de este capítulo. El Proyecto EVALUACION espera analizar el uso de indicadores no tradicionales de la fecundidad para fines de evaluación de programas en el transcurso del proyecto, y una actualización de este Manual dará cuenta del progreso realizado en esta área.

Impacto sobre la fecundidad

Indicador

TASA BRUTA DE NATALIDAD (CBR)

Definición

Número de nacimientos que ocurren en un año dado, o en otro período de referencia especificado, por 1.000 habitantes.

La CBR se calcula de la siguiente manera:

$$\text{CBR} = (\text{B/P}) * 1.000$$

donde:

B = número de nacimientos en un año o número anual para un período de referencia dado y

P = población total a mediados de año o a mediados del período.

Cálculo ilustrativo

Estimación de la CBR en Ghana, 1985-1988.

$$\begin{aligned}\text{CBR} &= (\text{B/P}) * 1.000 \\ &= (575.381/13.667.229) * 1.000 \\ &= 42,1\end{aligned}$$

Fuente de datos:

Nacimientos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988. (Nota - la cifra ilustrada se obtuvo aplicando las ponderaciones de muestreo de la encuesta al número de nacimientos declarados durante el período de referencia de tres años, introduciendo los ajustes pertinentes para la falta de respuesta de la encuesta a nivel familiar e individual y dividiendo el resultado por el número de años en el período de referencia. Véase el Apéndice B del Informe EDS de Ghana que proporciona pormenores sobre los valores ponderados de muestreo y la falta de respuesta de la encuesta.)

Población: población total estimada de Ghana al 1 de enero de 1987 (punto intermedio del período de referencia para el indicador), Dependencia del Censo de los Estados Unidos, Centro de Investigación Internacional.

Datos necesarios

Número total de nacimientos ocurridos en un año o período de referencia dado.

La población total enumerada o estimada a mitad de año o a mitad del período.

Fuente o fuentes de datos

Nacimientos: estadísticas vitales, censos de población o encuestas demográficas.

Población: Datos del censo de población para los años del censo y de las estimaciones de población para los años no pertenecientes al censo. También puede estimarse a partir de encuestas demográficas bajo ciertas condiciones (véase a continuación).

Finalidad y cuestiones

La tasa bruta de natalidad (CBR), llamada a veces para simplificar "la tasa de natalidad", figura entre las medidas de la fecundidad menos exigentes de datos. Los recuentos anuales de nacimientos se obtienen de las estadísticas vitales en la mayoría de los países. Sin embargo, en muchos países, los sistemas de registros vitales adolecen de elevados niveles de subregistro. Como alternativa, pueden obtenerse estimaciones del número de nacimientos de las respuestas a preguntas del censo o de encuestas o de historiales parciales o completos de nacimientos en encuestas por muestreo.

Si bien la CBR se expresa normalmente como tasa anual, a menudo se utilizan períodos de referencia más largos cuando se calcula a partir de datos de encuesta; por ejemplo, 3-5 años antes de la encuesta. Hay dos razones para ello: (1) aumentar el número de eventos declarados como medio de reducir la variabilidad de muestreo en las estimaciones de las cifras de nacimientos de un año a otro y (2) amortiguar los efectos de los errores para el período de referencia en la declaración de las edades o fechas de nacimiento de hijos asociadas con la preferencia de dígitos múltiples de 12. En tales casos, la CBR anual promedio para el período abarcado se calcula normalmente (como en el cálculo ilustrativo que se muestra arriba).

Además de estimaciones oficiales o proyecciones de la población, también puede obtenerse una estimación de la población total para el denominador de la CBR, aplicando valores ponderales de muestreo de la encuesta a los recuentos de miembros de la familia de una porción de la lista de familias de las encuestas con universos de población no restringidos; es decir, de encuestas que abarcan a todas las familias en contraoposición a abarcar sólo a familias que contengan al menos una mujer de edad reproductiva, restricción del universo impuesta en algunas encuestas demográficas. A menos que la proporción de la población excluida de las encuestas con definiciones de universo restringido se conozca o pueda estimarse, dichas encuestas subestimarán la población total y, por tanto, sesgarán en exceso las estimaciones de la CBR.

Cabe advertir que puesto que la CBR no toma en cuenta la composición por edad y sexo de la población, las comparaciones entre las poblaciones y la evaluación de las tendencias en el curso del tiempo utilizando la tasa bruta de natalidad, pueden verse distorsionadas por las diferencias o cambios en la composición de la población. Por esta razón, las inferencias respecto al impacto del programa sobre la fecundidad tomando como base la tasa bruta de natalidad deben hacerse con cautela. Como mínimo, deberá recurrirse a la normalización de la edad al efectuar comparaciones o evaluar las tendencias

Impacto sobre la fecundidad

basadas en la CBR. En las referencias citadas en la introducción de este capítulo se describen métodos más potentes para tratar las influencias de las diferencias en la composición y otros factores potencialmente causantes de confusión.

Indicador

TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD (ASFR)

Definición

Número de nacimientos que ocurren en un determinado año o período de referencia por 1.000 mujeres de edad reproductiva clasificadas en grupos de edades de un solo año o de cinco años.

La ASFR se calcula de la siguiente manera:

$$ASFR_a = (B_a/E_a) * 1.000$$

donde:

B_a = número de nacimientos en mujeres del grupo de edades a en un determinado año o período de referencia y

E_a = número de años-persona de exposición en el grupo de edades a durante el período de referencia especificado.

Cálculo ilustrativo

Estimaciones de las ASFR anuales promedio para todas las mujeres de edad reproductiva, Ghana, período de 1985-88.

Grupo de edades	Nacimientos B_a	Años-persona de exposición E_a	Tasa/mujer	Tasa/1.000 años-persona
15-19	351	2810,8	0,125	125
20-24	747	2864,7	0,261	261
25-29	743	2658,7	0,279	279
30-34	473	1912,9	0,247	247
35-39	287	1490,2	0,193	193
40-44	124	1056,2	0,117	117
45-49	44	730,1	0,060	060

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

Número de nacimientos en un determinado año o período de referencia clasificado por edad de la madre.

El número de mujeres de edad reproductiva (por ejemplo, 15-44 ó 15-49 años), en grupos de edades de 1 a 5 años.

Impacto sobre la fecundidad

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas vitales (numerador solamente), censos de población o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La ASFR tiene dos usos principales: (1) como medida del patrón de fecundidad en función de la edad, es decir, de la frecuencia relativa de procreación entre mujeres de diferentes edades en los años reproductivos y (2) como cálculo intermedio en la derivación de la tasa global de fecundidad (TFR), que se analiza a continuación en este capítulo.

Tal como se indicó arriba, las ASFR pueden obtenerse de varias fuentes. Cuando los recuentos de los nacimientos se derivan de los registros vitales, se requieren para el denominador de la tasa proyecciones de población o estimaciones del número de mujeres en cada grupo de edades en los años reproductivos. Cuando se derivan de censos o encuestas demográficas, tanto el numerador como el denominador de la tasa pueden derivarse de censos o encuestas. Las estimaciones procedentes de los censos se derivan de preguntas sobre nacimientos durante un período especificado precedente al censo (de ordinario, 12 meses), mientras que las estimaciones de las encuestas pueden derivarse de preguntas sobre nacimientos en un período previo especificado o de historiales de nacimientos parciales o completos.

Un procedimiento más simple, aunque menos exacto, para calcular el denominador de la tasa consiste en tomar el promedio del número de mujeres en cada grupo de edades durante el período de referencia que abarca la medida (es decir, el promedio del número de mujeres en cada grupo de edades al comienzo y al final del período de referencia).

Con frecuencia se utilizan períodos de referencia de más de un año en el cálculo de las ASFR a partir de los datos de encuesta, siendo la razón fundamental para ello la misma que se describió para la CBR: amortiguar la variabilidad del muestreo asociada con un número relativamente reducido de nacimientos anuales acaecidos en mujeres de grupos de edades de 1 ó 5 años y los efectos distorsionantes de los errores de declaración del período de referencia. Distintos análisis de los datos de fecundidad de la EDS, por ejemplo, utilizan alternativamente el período de 3 ó 5 años precedente a la encuesta para calcular las ASFR (Arnold y Blanc, 1989; Lutz, 1990). Cuando se utilizan años múltiples para fines de cálculo, se presentan normalmente tasas anuales promedio.

Al contrario de la tasa bruta de natalidad, la ASFR no se ve afectada por diferencias o cambios en la composición por edad de la población y, por tanto, es más útil para comparar a diferentes poblaciones o subgrupos y para medir los cambios ocurridos en el curso del tiempo. Sin embargo, la ASFR se ve afectada por diferencias o cambios en el número o proporción de mujeres expuestas al riesgo de embarazo. Así, pues, los cambios en las ASFR pueden proporcionar información equivocada con respecto al impacto de los programas de planificación familiar sobre la fecundidad cuando otros factores que afectan al riesgo de embarazo están cambiando; por ejemplo, para los grupos de edades 15-19 y 20-24 años cuando la edad del matrimonio está aumentando con rapidez.

Para resolver este problema, las ASFR pueden calcularse por restringir el denominador del proporción a años-personas vivieron por mujeres casadas o en unión durante el período de referencia de la medida. La medida resultante se conoce como Tasa de Fecundidad Conyugal Específica por Edad (MASFR). Sin

Impacto sobre la fecundidad

embargo, a fin de calcular esta medida, se requieren datos sobre la duración del matrimonio o historiales de matrimonio. En la práctica, las MASFR se determinan aproximadamente, las más de las veces, calculando las ASFR para las mujeres casadas o en unión en el momento de una encuesta, aunque debería reconocerse que esto sólo representa una aproximación de las MASFR, puesto que las mujeres que están casadas o en unión en el momento de una encuesta dada pueden no haber estado continuamente casadas o en unión durante todo el período de referencia de la medida (por ejemplo, durante 3-5 años antes de la encuesta).

A veces, las ASFR se presentan para diferentes grupos de mujeres; por ejemplo, las ASFR corresponden a las mujeres actualmente casadas o en unión y a todas las mujeres de edad reproductiva en los informes por países de la EDS. En las sociedades en las que la fecundidad está limitada principalmente al matrimonio, las ASFR para las mujeres actualmente casadas o en unión proporcionarán una cobertura más o menos concreta de la fecundidad reciente. En los casos en los que una gran proporción de la fecundidad ocurre fuera de uniones reconocidas, no obstante, la restricción de la ASFR a las mujeres actualmente casadas resultará en una subestimación del nivel de fecundidad actual.

Impacto sobre la fecundidad

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TFR)

Definición

Número de hijos que nacerían por mujer (o por 1.000 mujeres) si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos durante todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad.

La TFR se calcula de la siguiente manera:

$$\text{TFR} = \sum \text{ASFR}_a \text{ (para grupos de edades de un año) o}$$

$$\text{TFR} = 5 \sum \text{ASFR}_a \text{ (para grupos de edades de 5 años),}$$

donde:

ASFR_a = tasa de fecundidad específica para la edad para las mujeres en el grupo de edades a (expresada como tasa por mujer).

Cálculo ilustrativo

Estimación de la TFR anual promedio para todas las mujeres de edad reproductiva en Ghana, período de 1985-88.

$$\begin{aligned} \text{TFR} &= 5 (0,125 + 0,261 + 0,279 + 0,247 + 0,193 + 0,117 + 0,060) \\ &= 6,11 \end{aligned}$$

Donde: las cifras entre paréntesis son tasas específicas para la edad para las categorías de 15-19, 20-24, . . . , 45-49 años, respectivamente.

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

Un juego actual de tasas de fecundidad específicas por edad (ASFR), para los grupos de edades de 1 a 5 años.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas vitales (numerador solamente), censos de población o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La TFR es la medida de fecundidad más ampliamente utilizada en las evaluaciones de los efectos del programa por dos razones principales: (1) no se ve afectada por las diferencias o cambios en la composición de la población por edad y sexo y (2) proporciona una medida fácil de comprender de la fecundidad hipotética completa.

Aunque se deriva de la ASFR, una tasa de fecundidad de período, la TFR es una medida del nivel previsto de fecundidad completa por mujer (o por 1.000 mujeres) si la mujer o mujeres pasaran por sus años reproductivos teniendo hijos conforme el juego de ASFR. Hay que subrayar que la TFR es sólo una medida hipotética de la fecundidad completa y que, por tanto, es posible que las mujeres de edad reproductiva en cualquier momento dado puedan haber completado familias de dimensiones considerablemente distintas de las que representa una TFR actual, en caso de que las tasas de fecundidad específicas por edad aumenten o disminuyan en el futuro.

Puesto que la TFR se deriva de un juego de ASFR, los comentarios y salvedades relativos a la ASFR también se aplican a la TFR; es decir, el método de cálculo de diferentes fuentes de datos, los efectos de cambiar la exposición al embarazo y las repercusiones del cálculo para mujeres actualmente casadas frente a todas las mujeres de edad reproductiva. Como también ocurrió con la ASFR, la TFR puede calcularse para las mujeres que estaban continuamente casadas o en unión durante el período de referencia de la medida a fin de amortiguar los posibles efectos productores de confusión de diferencias en la exposición al riesgo de embarazo (en el grado en que estos están asociados con el estado conyugal). Esta medida se conoce como tasa total de fecundidad conyugal (TMFR). Véase el análisis de la tasa de fecundidad conyugal específica por edad (MASFR) donde se dan pormenores sobre las necesidades de datos para calcular esta medida.

Adviértase también que, si bien el rango de edades estándar para la TFR va de los 15 a los 49 años, a veces se utilizan TFR otros rangos de edades (por ejemplo, 15-34 años) para fines analíticos; por ejemplo, a fin de amortiguar las influencias de truncación cuando se examinan tendencias de cohortes con datos del historial de natalidad (remitimos al lector a cualquier informe por países de la EDS donde se ilustra este aspecto).

Impacto sobre la fecundidad

Indicador

NACIMIENTOS EVITADOS (POR EL PROGRAMA)

Definición

El número de nacimientos que no ocurrieron durante un período de referencia especificado debido a los efectos del programa (servicios y cambios de actitud).

El número de nacimientos evitados durante un período de tiempo especificado es igual a la diferencia entre la fecundidad potencial y la observada durante el período. La fecundidad potencial se define como el nivel de fecundidad que habría prevalecido durante el período de referencia en ausencia del programa de planificación familiar.

Datos necesarios

Nota: Las necesidades de datos y fuentes de datos se indican a continuación para el método más frecuentemente utilizado a fin de obtener estimaciones de los nacimientos evitados: los métodos de prevalencia. Remitimos al lector a la serie de manuales de las Naciones Unidas sobre métodos para medir el impacto sobre la fecundidad de los programas de planificación familiar donde se proporcionan detalles sobre este aspecto y otros métodos que pueden utilizarse para calcular los nacimientos evitados (Naciones Unidas, 1979, 1982, 1985, 1986).

Método de prevalencia:

- estimaciones de la tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR) entre las mujeres actualmente casadas (véase el Capítulo VIII donde se proporcionan detalles de cálculo) y las ASFR para el mismo período que la CPR;
- número de mujeres de edad reproductiva en grupos de edades de 5 años;
- dimensión de la población total enumerada o estimada; y
- datos sobre tasas de continuación y eficacia en función del uso (optativos: si no se dispone de datos específicos para un país, pueden utilizarse valores estándar). Véanse las referencias citadas arriba donde se proporcionan detalles adicionales.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

El indicador de nacimientos evitados proporciona una medida conceptualmente atractiva del impacto sobre la fecundidad de los programas de planificación familiar: el número de nacimientos que no ocurrieron durante un período de referencia dado como resultado de las actividades del programa de planificación familiar. Esta medida se basa en una comparación entre la fecundidad observada durante un período de referencia dado y la "fecundidad potencial", el nivel de fecundidad que habría ocurrido en ausencia del programa de planificación familiar.

Impacto sobre la fecundidad

Cada uno de los métodos principales para medir el impacto del programa sobre la fecundidad que se enumeraron en la introducción de este capítulo puede utilizarse para obtener las estimaciones de los nacimientos evitados. Las diferencias principales de los distintos métodos radican en las hipótesis subyacentes y los procedimientos empleados para calcular la fecundidad potencial. La fecundidad potencial puede estimarse a partir de lo siguiente: (1) niveles previos de fecundidad de las clientes del programa, (2) niveles de fecundidad de la población general objeto del estudio, (3) estimaciones de la "fecundidad natural", el nivel de fecundidad que prevalecería en la población objeto del estudio en ausencia de anticoncepción (perteneciente al programa o no relacionada con el programa).

Surge cierto número de complicaciones al calcular la fecundidad potencial. Una cuestión concierne al tratamiento del empleo de fuentes de suministro no relacionadas con el programa en vez de fuentes de suministro relacionadas con el programa. Es decir, es necesario tomar en cuenta el hecho de que algunos usuarios de anticonceptivos que dependen de fuentes del programa habrían utilizado o cambiarían a fuentes de suministro no relacionadas con el programa en ausencia del programa, lo que resultaría así en una fecundidad menor que la que prevalecería si no hubiese fuentes alternativas de suministro. Así, pues, hay que hacer una distinción entre la fecundidad potencial bruta, que se define como el nivel de fecundidad que prevalecería si todo el uso de anticoncepción del programa se eliminase y no hubiese cambio a fuentes distintas del programa (o no hubiese fuentes alternativas de suministro disponibles) y la fecundidad potencial neta, que se define como el nivel de fecundidad que prevalecería si se tomara en cuenta el empleo de fuentes no relacionadas con el programa en vez de fuentes del programa. En la mayor parte de los casos, la fecundidad potencial neta estará comprendida en algún punto entre los niveles de fecundidad observada y la fecundidad potencial bruta, ya que normalmente hay otras fuentes de suministro disponibles en la mayoría de las situaciones (Bongaarts, 1985). Por tanto, los nacimientos evitados por una medida del programa de planificación familiar han de tomar en cuenta el hecho de que todos los nacimientos evitados debido a la anticoncepción durante un período concreto pueden no ser atribuibles al programa.

Otra cuestión es la relación con el posible efecto "catalítico" de los programas; es decir, el grado en el que las actividades de I-E-C del programa y afines inciden en la fecundidad de las mujeres y las parejas que no son clientes del programa; por ejemplo, a través de cambios de actitud o del uso de la anticoncepción no relacionada con el programa.

Cada uno de los métodos utilizados para calcular la fecundidad potencial es problemático en ciertos aspectos y, por tanto, las estimaciones de los nacimientos evitados deberían interpretarse a la luz de las hipótesis en las que se basa el método empleado para obtener estimaciones de la fecundidad potencial. Deberá consultarse la serie de manuales de las Naciones Unidas a los que se hizo referencia ya citada donde se proporcionan detalles sobre las hipótesis y limitaciones de cada método para calcular los nacimientos evitados.

Entre los distintos métodos que pueden utilizarse para calcular los nacimientos evitados, el método de prevalencia parece tener una ventaja ya que requiere sólo estimaciones de la prevalencia anticonceptiva (preferiblemente por fuente, programática o no, de suministro) y las tasas de fecundidad conyugal específicas por edad en marcos en los que los parámetros modelo del método son razonables (que parecen abarcar la mayoría de las situaciones prácticas). Sin embargo, cabe advertir que no siempre es fácil separar la anticoncepción relacionada con el programa con la no relacionada con el programa en los datos de las encuestas ya que algunos usuarios pueden no conocer si su fuente de suministro estuvo relacionada con el programa o no.

Impacto sobre la fecundidad

A continuación se proporciona un cálculo ilustrativo de los nacimientos evitados, utilizando el Método de Prevalencia.

Cálculo ilustrativo

Estimaciones específicas por edad de nacimientos evitados por el programa de planificación familiar de Túnez, 1978-79, utilizando el Método de Prevalencia.

$$BA_a = (PAF_a - AF_a) POP_a$$

$$BAN_a = (NAF_a - PAF_a) POP_a$$

Donde:

BA_a = nacimientos evitados entre mujeres actualmente casadas o en unión en el grupo de edades a debido a la anticoncepción del programa,

BAN_a = nacimientos evitados en mujeres actualmente casadas o en unión en el grupo de edades a debido a anticoncepción no relacionada con el programa,

NAF_a = nivel estimado de fecundidad natural; $NAF_a = AF_a/[1-C_a(u'_a + u''_a)]$,

PAF_a = nivel estimado de fecundidad potencial; $PAF_a = AF_a(1-C_a \times u''_a)/[1-C_a(u'_a + u''_a)]$,

u'_a = prevalencia de anticoncepción del programa entre mujeres actualmente casadas o en unión en el grupo de edades a ,

u''_a = prevalencia de anticoncepción no relacionada con el programa en mujeres actualmente casadas o en unión en el grupo de edades a ,

AF_a = tasa de fecundidad específica para la edad al matrimonio en el grupo de edades a ,

POP_a = número de mujeres en el grupo de edades a y

C_a = coeficiente de elasticidad para el grupo de edades a (véase el juego estándar de tasas a continuación).

<u>Grupo de edades</u>	<u>Coficiente</u>
15-19	0,620
20-24	0,620
25-29	0,823
30-34	0,940
35-39	1,022
40-44	1,309
45-49	1,898

Fuente de datos: Bongaarts (185:101)

Prevalencia de anticoncepción relacionada con el programa y no relacionada con el programa, tasas de fecundidad observadas y tasas de fecundidad natural estimada y potencial bruta, por grupo de edades, Túnez (Prevalencia en porcentaje; tasas de fecundidad por 1.000 habitantes)

Grupos de edades	Prevalencia de:		Tasa de fecundidad observada 1979 NAF _a	Tasa de fecundidad natural 1979 NAF _a	Tasa de fecundidad potencial bruta 1979 PAF _a
	Anticoncepción relacionada con el programa 1978 u' _a	Anticoncepción no relacionada con el programa 1978 u'' _a			
15-19	4	2	35,5	36,9	36,4
20-24	8	4	216,2	233,6	227,8
25-29	15	7	273,8	334,3	315,1
30-34	24	7	235,4	332,2	310,4
35-39	28	5	190,3	287,1	272,5
40-44	27	4	85,0	143,1	135,6
45-49	20	1	23,4	38,9	38,2

Efectos de la fecundidad bruta y nacimientos brutos evitados por la anticoncepción relacionada con el programa y no relacionada con el programa, por grupo de edades, Túnez, 1979

Grupos de edades	Población femenina, 1979 POP _a (miles)	Efecto de fecundidad bruta de:		Nacimientos brutos evitados por:	
		Anticoncepción relacionada con el programa PAF _a -AF _a (por 1.000)	Anticoncepción no relacionada con el programa NAF _a -PAF _a (por 1.000)	Anticoncepción relacionada con el programa BA _a	Anticoncepción no relacionada con el programa BAN _a
15-19	347,6	10	5	313	171
20-24	292,2	23	11	3.390	1.695
25-29	218,5	53	25	9.024	4.195
30-34	145,1	95	28	10.883	3.163
35-39	154,7	89	16	12.716	2.259
40-44	149,8	65	10	7.580	1.124
45-49	130,3	17	1	1.929	91
TOTAL	-	-	-	45.835	12.701

Fuente de datos: adaptados de Jemai (1985)

Indicador

TASA DE NATALIDAD ESPECIFICA POR LA PARIDAD

Definición

Número de nacimientos de la paridad "i" en un determinado año o período de referencia por 1.000 mujeres de edad reproductiva.

La tasa específica por la paridad se calcula de la siguiente manera:

$$PSBR_i = (B_i/E_{f, 15-49}) * 1.000$$

donde:

$PSBR_i$ = tasa por 1.000 mujeres de edad reproductiva de nacimientos de la paridad i ,

B_i = número de nacimientos de la paridad i en un determinado año o período de referencia y

$E_{f, 15-49}$ = número de años-persona vividos durante el período de referencia por mujeres de 15 a 49 años de edad

Cálculo ilustrativo

Tasas de natalidad específicas para la la paridad, Ghana, período de 1985-88.

Nacimientos por la paridad	B_i	Años-persona de exposición E_a	Tasa/1000 años-persona
1	524	13523,6	38,9
2	485	13523,6	35,9
3	437	13523,6	32,3
4	334	13523,6	24,7
5	319	13523,6	23,6
6	238	13523,6	17,6
7	160	13523,6	11,8
8+	272	13523,6	20,1
Total	2.769		

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

El número total de nacimientos durante un período de referencia dado clasificado por la paridad.

El número promedio de mujeres de edad reproductiva durante el período de referencia.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas vitales (si se registra la información sobre la paridad), censos de población o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

La tasa de natalidad específica por la paridad proporciona una medida de la fecundidad diferencial por la paridad. Su uso principal consiste en examinar la frecuencia relativa de los nacimientos de diferentes niveles de la paridad y cambios en las frecuencias en el curso del tiempo. La distribución de los nacimientos por la paridad es de interés para fines de supervisión y evaluación programáticas por distintas razones. Primero, puesto que las decisiones de continuar procreando o de regular la fecundidad son a menudo muy específicas para la paridad, es probable que los nacimientos "no deseados" tienden a concentrarse entre nacimientos de la paridad más elevada (véase el Capítulo V donde se dan las definiciones de nacimientos "deseados" y "no deseados").

Segundo, los nacimientos de la paridad más elevada (junto con la primipara) están sujetos a riesgos de salud materno-infantil más elevados que los nacimientos de órdenes inferiores (National Research Council, 1989). Así, pues, los descensos en las tasas de natalidad para niveles más elevados de la paridad proporcionan una indicación del éxito del programa de planificación familiar en permitir a las mujeres o a las parejas controlar mejor la fecundidad no deseada o reducir al mínimo la incidencia de los embarazos de "alto riesgo" (por razones de una paridad elevada).

En tercer lugar, algunos investigadores han indicado que el descenso en la fecundidad producido por el mayor uso de la anticoncepción pudiera ser más evidente en medidas de la fecundidad específicas para la paridad que en medidas que incluyan a todas las mujeres de edad reproductiva (como, por ejemplo, en la TFR) (Ryder, 1982; Srinivasan y Freymann, 1989). Así, pues, puede ocurrir que las medidas específicas para la paridad sean más sensibles o respondan más al cambio en la fecundidad que las medidas de nivel de fecundidad, aunque se necesita más investigación al respecto.

Finalmente, el indicador también es útil para propósitos de supervisión y evaluación en los programas que tienen objetivos explícitos basados en la paridad; por ejemplo, en los programas con un objetivo explícito de reducir la incidencia de los embarazos entre las mujeres de alta paridad (por ejemplo, paridad de 5 y más) o que tienen metas explícitas de "dimensión ideal de la familia" (por ejemplo, familias de 2 hijos).

Las fuentes de datos y tipos de preguntas en los censos y en encuestas para este indicador son esencialmente los mismos que para la tasa de fecundidad específica por la edad, con el requisito adicional de que la paridad de los nacimientos conste en los sistemas de registros vitales o en registros basados en las clínicas o se declare en censos y encuestas. Cuando se fundamentan en registros clínicos, hay que reconocer que, puesto que no todos los nacimientos se registran en dichos sistemas, las medidas basadas

en estas fuentes de datos pueden no proporcionar un cuadro exacto de las tendencias en la población en general.

Versión más evolucionada de las medidas basadas en la paridad tienen por denominador el número de mujeres en paridad ($i-1$) al comienzo del período de referencia especificado o el número de años-persona vividos en paridad ($i-1$) durante el intervalo y, por tanto, proporcionan una medida de la probabilidad de efectuar la transición de una paridad a la siguiente (por ejemplo, de la paridad $i-1$ a la paridad i) durante el período especificado; por ejemplo, la probabilidad de aumento de la familia (Lutz, 1990; Ryder, 1982). Estas medidas no se presentan aquí debido a que (1) requieren muestras bastante grandes para obtener estimaciones fiables y (2) requieren la aplicación de métodos analíticos (por ejemplo, métodos de tabla de vida) que trascienden del alcance de este Manual.

Indicador

PROPORCION DE NACIMIENTOS POR ENCIMA (O POR DEBAJO) DE UNA PARIDAD ESPECIFICADA

Definición

Proporción de nacimientos ocurridos durante un período de referencia que están por encima (o por debajo) de una paridad especificada (por ejemplo, la proporción de nacimientos de paridad 5 o superior).

El indicador se calcula de la manera siguiente:

$$\text{ORDGE}_{(i)} = \text{B}_{\text{GE}(i)} / \text{B}$$

Donde:

$\text{ORDGE}_{(i)}$ = proporción de nacimientos durante un período de referencia dado de paridad i o superior,

$\text{B}_{\text{GE}(i)}$ = número de nacimientos de paridez i o superior y

B = número de nacimientos durante el período de referencia (todos los niveles de paridad).

Nota: La proporción de nacimientos por debajo de una paridad especificada se calcula de forma análoga, empleando el número de nacimientos por debajo de la paridez especificada, $\text{BLE}_{(i)}$, en vez de $\text{BGE}_{(i)}$.

Cálculo ilustrativo

Proporción de nacimientos durante el período de 1985-88 en Ghana que corresponden a una paridad de 5 y superior (datos derivados de la distribución de nacimientos por paridad que se presenta en el cálculo ilustrativo del indicador precedente).

$$\begin{aligned} \text{ORDGE}_{(i)} &= \text{B}_{\text{GE}(i)} / \text{B} \\ &= 989 / 2.769 = 35,7 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

Número total de nacimientos durante un determinado año o período de referencia clasificados por paridad.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas vitales (si se registra información sobre la paridad), datos basados en clínicas (por ejemplo, datos sobre los niveles de paridad de los nacimientos asistidos) o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Se ha propuesto este indicador como medida alternativa de la fecundidad basada en la paridad. Una ventaja de esta especificación es su interpretación más sencilla; es decir, como número único en vez de como serie de tasas específicas para la paridad.

El indicador se ha utilizado en diferentes formas para supervisión y evaluación programáticas. Un uso principal es como indicador del éxito de un programa en reducir la frecuencia relativa de nacimientos que están por encima de la paridad objetivo establecida en el programa. La razón principal para utilizar de esta forma el indicador es que se ha demostrado que los embarazos por encima de una paridad de cinco conllevan mayores riesgos de salud materno-infantil (National Research Council, 1989). Así, pues, el indicador proporciona un medio de supervisar el éxito del programa en evitar embarazos que ponen en peligro la salud de las madres y los niños.

Otros investigadores han utilizado el indicador de forma más "demográfica"; es decir, como medida sustitutiva de medidas convencionales del nivel de fecundidad basadas en la población (por ejemplo, la TFR). La razón fundamental para utilizar de esta forma el indicador es la de que una fecundidad en descenso debería reflejarse en proporciones descendentes de nacimientos de orden superior y, a la inversa, en proporciones crecientes de nacimientos de orden inferior. Dos estudios recientes corroboran estas expectativas. Un estudio realizado en Tailandia, por ejemplo, demuestra fuertes correlaciones negativas a nivel de provincia entre la proporción de nacimientos registrados que son del orden 1 ó 2 y la CBR, TFR y CPR (Prasartkul et al., 1987). Análogamente, un estudio reciente de tres países fundamentado en datos de encuestas demuestra una alta correlación entre la proporción de nacimientos del orden 5 o superior y la TFR (Srinivasan et al., 1992). No obstante, hay que reconocer que es posible observar un descenso en la proporción de nacimientos de orden superior simplemente debido a un aumento temporal en el número de nacimientos de orden inferior asociado con los cambios en la distribución por edades o los patrones conyugales. En consecuencia, el indicador debería interpretarse teniendo presentes estas salvedades.

Tal como se indicó antes, los investigadores han argumentado que los indicadores basados en la paridez pueden ser más sensibles a cambios de corto plazo en el comportamiento en materia de fecundidad que las medidas convencionales de fecundidad, aunque se necesita más investigación al respecto (Ryder, 1982; Srinivasan y Freymann, 1989).

El indicador puede obtenerse de las mismas fuentes de datos que las medidas convencionales de fecundidad para el período. Sin embargo, el cálculo a partir de los datos de registros vitales exige que se anote en los registros de nacimientos el orden de los nacimientos.

Puesto que el indicador puede calcularse con validez partiendo de datos del registro y basados en el programa, puede utilizarse para fines de supervisión en situaciones en las que no se dispone de recuentos fiables de la población o estimaciones para los denominadores de medidas convencionales de la fecundidad (es decir, en análisis "de numerador solamente"). Esta característica es especialmente útil al supervisar las tendencias para zonas geográficas pequeñas. Sin embargo, hay que tener cuidado en la interpretación de dichos datos, puesto que corresponden sólo a mujeres cuyos nacimientos se captan en sistemas de recolección de datos basados en clínicas. En el grado en que estas mujeres sean un grupo selecto que dan a luz en un año en particular, las conclusiones relativas a los niveles y tendencias del indicador pueden no ser válidas para poblaciones nacionales.

Indicador

PROPORCION DE NACIMIENTOS EN MUJERES POR ENCIMA O POR DEBAJO DE UNA EDAD ESPECIFICADA

Definición

Proporción de nacimientos durante un determinado año u otro período de referencia correspondientes a mujeres por encima o por debajo de una edad especificada (por ejemplo, por encima de la edad de 35 años o por debajo de la edad de 20 años).

El indicador se calcula de la manera siguiente:

$$\text{PBLT20} = \text{B}_{\text{LT20}} / \text{B}$$

Donde:

PBLT20 = proporción de nacimientos ocurridos durante un determinado año o período de referencia en mujeres con menos de 20 años de edad

B_{LT20} = número de nacimientos durante el período de referencia especificado en mujeres con menos de 20 años de edad

B = número total de nacimientos durante el período de referencia en cuestión.

Nota: El indicador para los nacimientos por la encima de la edad de 35 años se calcularía de forma análoga, pero empleando el número de nacimientos en mujeres de 35 y más años de edad en el numerador de la medida.

Cálculo ilustrativo

Proporción de nacimientos durante el período de 1985-88 en mujeres con menos de 20 años de edad y 35 o más años de edad, Ghana.

$$\text{PBLT20} = \text{B}_{\text{LT20}} / \text{B}$$

$$= 351 / 2.769$$

$$= 12,7\%$$

$$\text{PBGE35} = \text{B}_{\text{GE35}} / \text{B}$$

$$= 455 / 2.679$$

$$= 16,4\%$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

Número total de nacimientos durante un año o período de referencia, clasificados por edad de la madre.

Fuente o fuentes de datos

Estadísticas vitales (donde se registra información sobre la edad de la madre), datos basados en clínicas (por ejemplo, registros de partos), censos de población o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida de la frecuencia relativa de los nacimientos ocurridos durante un determinado período de referencia en mujeres consideradas como "demasiado jóvenes" o "demasiado mayores" para la procreación. La preocupación sobre la edad de la mujer tiene varias dimensiones. Una preocupación es la de que el tener hijos por debajo de los 20 años de edad (algunos colocarían la edad límite en los 18 años o los 35 y más años) somete a las mujeres y sus lactantes a riesgos elevados para la salud (National Research Council, 1989). Para fines de supervisión y evaluación del programa, este indicador proporciona una medida del éxito en motivar a las mujeres a evitar los embarazos de alto riesgo por razones de edad de la madre y a proporcionar los servicios anticonceptivos necesarios para permitir que puedan hacerlo.

Una segunda preocupación es de índole más demográfica; hay pruebas considerables de que una edad temprana al primer nacimiento está estrechamente asociada con una mayor fecundidad. Así, pues, proporciones menores de nacimientos de mujeres jóvenes significan un aumento en las edades al primer nacimiento.

Además, un estudio reciente demuestra la utilidad de otra posible especificación del indicador, la proporción de nacimientos en mujeres con menos de 35 años de edad como medida simple del grado de control de la fecundidad en las poblaciones nacionales (Anderson y Silver, 1992).

Debido a que la información requerida puede obtenerse de los registros de clientes en muchos programas de salud materno-infantil (y de las estadísticas vitales, los censos de población y encuestas por muestreo), el indicador ha sido utilizado cada vez más en años recientes. El indicador es especialmente pertinente en los programas de planificación familiar con objetivos explícitos de salud materno-infantil. El indicador se utiliza a veces para construir un indicador compuesto de nacimientos de alto riesgo, tomando en cuenta la edad de la madre, la paridez y la duración de los intervalos entre nacimientos.

Puesto que el indicador puede calcularse partiendo de datos basados en las clínicas, puede utilizarse en análisis de "numerador solamente", con sujeción a las limitaciones

es citadas anteriormente en relación con dichos indicadores. Al igual que ocurrió con el indicador precedente, hay que reconocer que los descensos en la proporción de nacimientos de mujeres más jóvenes (o mayores) pudieran resultar de aumentos en el número de nacimientos mujeres en otras edades. Hay que tener esto presente al interpretar el indicador.

Indicador

DURACION MEDIANA DE LOS INTERVALOS ENTRE NACIMIENTOS

Definición

Medida de intervalo abierto: número mediano de meses entre una fecha de referencia especificada (por ejemplo, la fecha de una encuesta) y el último nacimiento entre mujeres con uno o más nacimientos.

Medida de intervalo cerrado: número mediano de meses que separan nacimientos sucesivos entre mujeres con dos o más nacimientos.

Ambos indicadores se calculan de la siguiente manera:

$$\text{MEDIANA} = L + [(50 - cf / f) * i]$$

Donde:

- L** = límite inferior verdadero del intervalo de la clase en el que está situada la mediana,
- 50** = observación del 50 percentil,
- cf** = frecuencia calculada hasta el intervalo mediano de la clase,
- f** = frecuencia dentro del intervalo mediano de la clase y
- i** = amplitud de la clase.

Nota: La fórmula precedente se emplea con datos agrupados consistentes en frecuencias porcentuales en cada clase. Para datos no agrupados, la mediana es el valor de la observación que cae exactamente en el 50 percentil de la distribución de observaciones.

Cálculo ilustrativo

Estimación de la duración mediana de intervalos abiertos de nacimiento entre mujeres actualmente casadas o en unión, Ghana, 1988.

Meses desde el último nacimiento	f (por ciento)	cf (por ciento)
7-17	7,1	7,1
18-23	11,0	18,1
24-36	39,4	57,5
37-47	20,9	78,4
48+	21,6	100,0

$$\begin{aligned} \text{MEDIANA} &= L + [(50 - cf / f) * i] \\ &= 24 + [(50 - 18,1 / 39,4) * 12] \\ &= 33,7 \end{aligned}$$

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988.

Datos necesarios

Medida de intervalo abierto: atribución de mujeres actualmente casadas o en unión con uno o más nacimientos por número de meses desde el último nacimiento.

Medida de intervalo cerrado: la distribución de nacimientos ocurridos durante un período de referencia especificado (por ejemplo, 3-5 años antes de una encuesta) entre mujeres con dos o más nacimientos por número de meses entre nacimientos sucesivos.

Fuente o fuentes de datos

Medida de intervalo abierto: encuestas demográficas.

Medida de intervalo cerrado: estadísticas vitales o datos basados en clínicas (donde se registra la fecha del nacimiento anterior al nacimiento registrado) o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Las medidas del intervalo entre nacimientos proporcionan información sobre una dimensión de la fecundidad que no abordan las medidas del nivel de fecundidad: el ritmo o espaciamento de nacimientos. Las medidas del espaciamento entre nacimientos tienen varios usos importantes en las actividades de supervisión y evaluación de programas. Primero, el espaciamento adecuado entre nacimientos es un elemento esencial de los programas de planificación familiar con objetivos de prioridad de salud materno-infantil y, por tanto, se requiere que los indicadores supervisen y evalúen el desempeño del programa en el logro de dichos objetivos.

Segundo, en las sociedades en las que una gran proporción de la demanda de planificación familiar corresponde al espaciamento o, en contraoposición con la limitación, (por ejemplo, en cierto número de países de África al sur del Sahara), las medidas del intervalo entre nacimientos pueden proporcionar una indicación del éxito del programa a corto plazo en permitir a las mujeres y a las parejas poner en práctica sus preferencias reproductivas (véase el Capítulo VI donde se proporcionan detalles sobre la medición de la demanda de planificación familiar).

Tercero, algunos investigadores han indicado que los cambios en la longitud de los intervalos entre nacimientos pueden proporcionar un indicador más sensible del cambio de comportamiento en materia de fecundidad que las medidas convencionales de fecundidad tales como la TFR (Ryder, 1982; Srinivasan y Freymann, 1989). Sin embargo, se necesita más investigación al respecto.

Además de las cuestiones del espaciamento, hay que reconocer que la cronología de la fecundidad, reflejada en la duración de los intervalos que separan los nacimientos, influye en la tasa de crecimiento de la población independientemente de los cambios en los niveles de la fecundidad completa merced a su efecto sobre el intervalo entre generaciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos, intervalos más prolongados entre nacimientos se traducen en una menor fecundidad completa debido al tiempo de exposición "perdido" durante los años reproductivos máximos.

Hay que tener cuidado en interpretar las duraciones de los intervalos cerrados entre nacimientos a través de largos períodos de tiempo ya que, a largo plazo, las duraciones de los intervalos entre nacimientos pueden no estar muy correlacionadas con los niveles de fecundidad completa. Por ejemplo, en los países más desarrollados, la procreación se limita a menudo a una pequeña porción de los años

reproductivos de las mujeres, siendo los intervalos medianos entre nacimientos relativamente cortos (2-3 años, por ejemplo). En estas sociedades, las mujeres y las parejas tienden a tener mucho éxito en evitar embarazos adicionales una vez que llegan al número deseado de hijos y, por tanto, se observan bajos niveles de fecundidad junto con intervalos entre nacimientos relativamente cortos. Así, pues, para comprender la dinámica y las repercusiones de los cambios en las medidas de los intervalos cerrados entre nacimientos en el curso del tiempo, es necesario considerar la información sobre tendencias en el uso de anticonceptivos para fines de limitación y espaciamiento de nacimientos.

En la medida de lo posible, los datos sobre intervalos abiertos entre nacimientos deberían limitarse a las mujeres fértiles, ya que un número considerable de mujeres infértiles puede distorsionar las estimaciones de las duraciones medianas de los intervalos mediante su contribución desproporcionada de intervalos largos. En la mayoría de los casos, los datos de intervalos abiertos entre nacimientos se limitan a las mujeres actualmente casadas o en unión a fin de restringir el universo del indicador a las mujeres supuestamente fértiles y sometidas a riesgo de embarazo. No obstante, tal como se advirtió antes, dicha restricción exagerará el número de mujeres que son fértiles y subvalorará el número de mujeres que actualmente están sometidas a riesgo de embarazo en la población donde una porción considerable de la procreación tiene lugar fuera del matrimonio.

Indicador

PROPORCION DE INTERVALOS ABIERTOS O CERRADOS ENTRE NACIMIENTOS QUE TIENEN UNA DURACION ESPECIFICADA O MAYOR

Definición

Medida de intervalo abierto: la proporción de mujeres actualmente casadas o en unión cuyo intervalo abierto entre nacimientos, es decir, el intervalo entre la fecha del último nacimiento y una fecha de referencia (por ejemplo, la fecha de una encuesta), tiene una duración especificada o mayor; por ejemplo, 24 meses o más.

Medida de intervalo cerrado: la proporción de los intervalos cerrados entre nacimientos, es decir, la duración del período que separa nacimientos sucesivos, que tiene una duración especificada o mayor; por ejemplo, 24 meses o más.

La medida del intervalo abierto se calcula de la siguiente manera:

$$OBIGE_{(i)} = P_{OBIGE(i)} / P$$

Donde:

$OBIGE_{(i)}$ =proporción de mujeres con un intervalo abierto entre nacimientos de duración i meses o más,

$P_{OBIGE(i)}$ =número de mujeres con un intervalo abierto entre nacimientos de duración i meses o más y

P =número total de mujeres.

Nota: La medida de intervalos cerrados se calcula de forma análoga, empleando intervalos cerrados en vez de intervalos abiertos.

Cálculo ilustrativo

Proporción de intervalos abiertos entre nacimientos de 24 meses o más de duración entre mujeres actualmente casadas o en unión, Ghana, 1988.

$$\begin{aligned} OBIGE_{(24)} &= P_{OBIGE(24)} / P \\ &= 2.711 / 3.310 = 81,9\% \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana, 1988 (véase la tabulación de las duraciones de los intervalos abiertos entre nacimientos que se presentó en el indicador precedente).

Datos necesarios

Medida de intervalo abierto: distribución de mujeres actualmente casadas o en unión con uno o más nacimientos por número de meses desde el último nacimiento.

Medida de intervalo cerrado: la distribución de nacimientos ocurridos durante un período de referencia especificado (por ejemplo, los 3-5 años antes de una encuesta) por el número de meses transcurridos desde el nacimiento precedente entre mujeres con dos o más nacimientos.

Fuente o fuentes de datos

Medida de intervalo abierto: encuestas demográficas.

Medida de intervalo cerrado: estadísticas vitales y datos basados en clínicas (en las que se registra la fecha del nacimiento precedente al nacimiento registrado) o encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador se ha propuesto como alternativa a las duraciones medianas de intervalos entre nacimientos como medida de la cronología o espaciamiento entre nacimientos. Sus ventajas principales son una interpretación más simple y su utilidad en los análisis de numerador solamente.

El presente indicador se utiliza principalmente en los programas de planificación familiar con objetivos explícitos de espaciamiento entre nacimientos; por ejemplo, los programas con un objetivo principal de reducir la incidencia de nacimientos separados por un corto intervalo (es decir, con menos de 18 ó 24 meses de espaciamiento). Existen pruebas empíricas considerables que vinculan los intervalos cortos entre nacimientos con un riesgo elevado de mortalidad infantil (National Research Council, 1989). Para fines de evaluación del programa, el indicador proporciona una medida del grado de éxito del programa en reducir al mínimo la incidencia de nacimientos de corto intervalo mediante la anticoncepción postparto.

Además de este uso, un estudio reciente entre países proporciona pruebas empíricas de una asociación entre el indicador actual y medidas convencionales de la fecundidad para el período (Srinivasan et al., 1992). En el estudio, se observó una alta correlación inversa (aproximadamente 0,86) entre la proporción de intervalos abiertos entre nacimientos con duración de 24 meses o más y la TFR. En el mismo estudio se halló una correlación algo más baja, pero aún muy significativa, entre la proporción de los últimos intervalos cerrados entre nacimientos con una duración de 24 meses o más y la TFR.

Cuando se dispone de datos del historial de nacimientos en encuestas por muestreo, una especificación alternativa de la medida del historial cerrado de nacimientos sería la proporción de todos los intervalos cerrados entre nacimientos durante un período de referencia especificado (por ejemplo, los 3-5 años precedentes a la fecha de la encuesta) que tienen una duración especificada o mayor.

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD NO DESEADA (UTFR)

Definición

Número de hijos no deseados que nacerían por mujer (o por 1.000 mujeres) si ésta o éstas pasasen a través de sus años reproductivos teniendo hijos de acuerdo con las tasas actuales de fecundidad no deseada.

Para este indicador, los nacimientos "no deseados" se definen como el complemento de los nacimientos "deseados", tal como se definieron en relación con la tasa global de fecundidad deseada (WTFR) (véase el Capítulo V).

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} \text{UTFR} &= 5(B_{a,u} / E_a) \text{ o} \\ &= \text{TFR} - \text{WTFR} \end{aligned}$$

Donde:

$B_{a,u}$ = número de nacimientos en mujeres comprendidas en el grupo de edades a durante un determinado año o período de referencia que no son deseados,

E_a = número de años-persona vividos por mujeres en el grupo de edades a durante el período de referencia,

TFR = tasa global de fecundidad para un determinado año o período de referencia y

WTFR = tasa global de fecundidad deseada (véase el Capítulo V donde se proporcionan detalles sobre el cálculo).

Cálculo ilustrativo

Estimación de la UTFR para mujeres de 15-44 años de edad en los 36 meses anteriores a la encuesta, Nordeste de Brasil, 1991.

$$\begin{aligned} \text{UTFR} &= \text{TFR} - \text{WTFR} \\ &= 3,66 - 2,13 \\ &= 1,53 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta Demográfica y de Salud de Brasil, 1991. Véase el Capítulo V donde se proporcionan detalles del cálculo correspondientes a la WTFR en general y los cálculos para el Nordeste de Brasil, concretamente.

Datos necesarios

Respuestas a preguntas de encuesta, por edad de la mujer, sobre lo siguiente:

- número y fecha de los nacimientos durante un período reciente (típicamente los 2-5 años precedentes a una encuesta);
- número de hijos o dimensión de la familia deseados (véase el Capítulo V);
- número de hijos que sobreviven; y
- deseo de hijos adicionales (véase el Capítulo V).

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Comentarios y salvedades

La UTFR proporciona una medida hipotética del número promedio de nacimientos "no deseados" que una mujer o cohorte de mujeres tendrían durante su vida reproductiva si siguiesen las tasas actuales de fecundidad no deseada. Puesto que la condición deseada de los nacimientos se basa en las preferencias reproductivas o la demanda de hijos (véase el Capítulo V), el indicador proporciona una medida conceptualmente directa de los efectos de los programas de planificación familiar en permitir a las mujeres y a las parejas alcanzar sus metas reproductivas (es decir, evitar embarazos no deseados).

En el cálculo ilustrativo para Brasil, por ejemplo, la estimación de 1,5 indica que las mujeres en el Nordeste de Brasil tendrían como promedio 1,5 nacimientos no deseados en el curso de sus años reproductivos si prevalecieran los actuales niveles de fecundidad específica para la edad y demanda de hijos a través de toda la vida reproductiva, lo que indicaría la existencia de un nivel considerable de falla en el control de la fecundidad y en la satisfacción de las preferencias procreativas.

Los nacimientos no deseados en el presente indicador son el complemento aritmético de los nacimientos "deseados", tal como se define en el Capítulo V en relación con el indicador de la tasa global de fecundidad deseada (WTFR). También pueden aplicarse al presente indicador las otras definiciones de nacimientos deseados que se dieron en relación con la WTFR.

Capítulo X

Pasos Futuros

- Inclusión de medidas
- missing
- missing
- missing
- missing
- missing

**PASOS FUTUROS EN LA FORMULACION DE INDICADORES
PARA EVALUACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR**

Este Manual proporciona un inventario de los indicadores que se utilizarán para evaluar los programas de planificación familiar en términos de proceso y resultados (outputs) (utilizando datos basados en el programa) y resultados (utilizando datos basados en la población). En esta primera edición del Manual, hemos incluido aquellos indicadores que se utilizan en la actualidad o para los que existe algún grado de consenso. Entre los temas que se elaborarán adicionalmente en la segunda edición, proyectada para 1995, figuran los siguientes.

Inclusión de medidas distintas del impacto de la fecundidad

La presente edición del Manual se concentra en la fecundidad como resultado último previsto de los programas de planificación familiar. En realidad, este motivo ha sido fundamental para la promoción de la planificación familiar en muchos países en desarrollo de todo el mundo.

Sin embargo, la fecundidad no es la única razón para promover la planificación familiar. Existe un cúmulo creciente de pruebas empíricas que documenta el efecto positivo de: (a) aumentar los intervalos entre nacimientos, (b) evitar los nacimientos de mujeres con menos de 20 años o más de 35 años de edad y (c) evitar los nacimientos de alta paridez, por razones de salud tanto de la madre como del hijo (National Research Council, 1989). Además, la capacidad de controlar la propia fecundidad se considera como un derecho humano fundamental, que es a la vez determinante y consecuencia de la condición de las mujeres en un país dado. Los organismos donadores, los órganos normativos y los gerentes de programas están concentrando ahora una mayor atención en los resultados relacionados con la salud, la condición de la mujer y los derechos reproductivos, temas que se tratarán en la segunda edición del Manual.

Perfeccionamiento de los indicadores en áreas funcionales

Tal como se indicó en el Capítulo I, se ha organizado una serie de Grupos de Trabajo bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION con miras a formular y someter a prueba listas de indicadores en las áreas funcionales esbozadas en este Manual. Su labor se refleja en los Capítulos II a IV de este Manual.

Sin embargo, gran parte de esta labor está aún en vías de realización. Las reuniones de estos grupos se han escalonado, de forma que algunos grupos están más avanzados en la tarea que otros (hecho que se refleja en la programación de las reuniones, no en la productividad de los grupos).

Sólo dos grupos de trabajo (el de Capacitación y el de Suministros y Aspectos Logísticos) han concluido la primera etapa de este proceso: la elaboración de una lista de indicadores para el área funcional. Sin embargo, quedan por someter a prueba estos indicadores al nivel de campo. El Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios ha producido indicadores para Calidad de la Atención (véase el Apéndice C), que también se halla en la etapa de pruebas de campo; el grupo se concentra ahora en medir el costo, accesibilidad y utilización de los servicios. El Grupo de Trabajo de Investigación de Operaciones ha elaborado el primer borrador de los indicadores, pero todavía no se ha reunido para perfeccionar estos indicadores o establecer un sistema para someterlos a prueba.

Pasos futuros

Progresan dos grupos más (el de Gestión y el de Política) al enviarse a la imprenta la presente edición del Manual. Así, pues, las secciones sobre estos temas en este Manual constituyen borradores que se debatirán y reformularán con estos grupos, en vez de una serie definitiva de indicadores. Finalmente, los Grupos de Trabajo sobre Información-Educación-Comunicación y sobre Evaluación no han sido constituidos todavía. Las secciones sobre estos temas se han formulado no a través del proceso de grupo sino más bien con el aporte de personas clave en la materia.

En pocas palabras, el trabajo de elaboración adicional y prueba de campo de los indicadores para las distintas áreas funcionales producirá sin duda modificaciones en las medidas incluidas en esta edición. Además, prevemos una mayor experimentación y prueba de indicadores compuestos, tales como el que se describió para Suministros y Aspectos Logísticos. Estas mejoras se incorporarán en la segunda edición.

Inclusión de los indicadores de costos

En esta edición, brillan por su ausencia los indicadores de costos. Sin embargo, la comunidad internacional de planificación familiar se está preocupando cada vez más de cuestiones de eficiencia, sostenibilidad y recuperación de costos, entre otras. La segunda edición abordará estos temas y proporcionará indicadores para utilizarlos en los análisis de costos.

Inclusión de indicadores para programas dirigidos a grupos objetivos y especiales

Aunque cierto número de indicadores del Manual son aplicables al programa y están dirigidos a subgrupos concretos (por ejemplo, los adolescentes), esta primera edición es un reflejo de la tendencia en los programas internacionales de planificación familiar consistente en considerar a las parejas (o mujeres) casadas como el grupo objetivo. Así, pues, existe un fuerte énfasis en la utilización de los servicios de planificación familiar y la práctica anticonceptiva. La segunda edición ampliará este ámbito de interés y considerará las características de programas encaminados a poblaciones especiales, lo que a su vez incidirá en la selección de los indicadores de evaluación.

Formulación de normas de puntuación para los indicadores

Tal como se afirmó en el Capítulo I, la presente edición no propone normas para cuantificar indicadores o series de indicadores concretos, que son potencialmente útiles con respecto a los componentes del entorno de la oferta de planificación familiar (por ejemplo, para el entorno normativo, las operaciones de provisión de servicios y los productos de los servicios). Este tema se tratará en la edición siguiente, tomando como base pruebas adicionales de los indicadores al nivel de campo.

Inclusión de indicadores de institucionalización y sostenibilidad

Los programas de planificación familiar en todo el mundo se hallan en distintas etapas de evolución, desde la etapa "emergente" hasta la etapa "de madurez" (Destler et al., 1990). En los países con programas incipientes de planificación familiar, gran parte de la ayuda de la USAID se ha destinado a formular e implantar programas de planificación familiar. En contraste, a medida que maduran los programas, se ha dado una importancia creciente a la institucionalización y la sostenibilidad.

Una cuestión clave es, pues, cómo evaluar el progreso de un programa con respecto a la institucionalización y la sostenibilidad. Aun cuando estos conceptos se tratan extensamente en la

Pasos futuros

literatura, ha habido relativamente pocos intentos por medir estas dimensiones en el contexto de los programas internacionales de planificación familiar. El Proyecto EVALUACION, junto con Family Health International, organizaron una reunión para estudiar la institucionalización de la capacitación en programas de planificación familiar, cuyas actas están disponibles en la actualidad (Proyecto EVALUACION, 1992c). No obstante, queda mucho trabajo por hacer en relación con este tema.

La segunda edición del Manual examinará esta cuestión y propondrá indicadores para medir la institucionalización y sostenibilidad de los programas internacionales de planificación familiar.

1... El método MELA no se incluyó en la lista elaborada por el Grupo Especial; este factor de conversión lo ha proporcionado Labbok, 1992.

REFERENCIAS Y APENDICES

Referencias

- A.I.D. Task Force on Standardization of Family Planning Program Performance Indicators (Grupo de Trabajo de la AID sobre Normalización de los Indicadores de Desempeño de los Programas de Planificación Familiar), "Summary of Task Force Discussions and Recommendations", enero de 1987, proyecto de informe.
- A.I.D. Task Force on Standardization of Family Planning Program Performance Indicators (Grupo de Trabajo de la AID sobre Normalización de los Indicadores de Desempeño de los Programas de Planificación Familiar), "Revised CYP factors", agosto de 1991, proyecto de informe.
- Anderson, B y B. Silver. 1992. "A Simple Measure of Fertility Control", *Demography* 29, 3:343-356.
- Arnold F. y A. Blanc. 1989. *Fertility Levels and Trends*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 2, Columbia, MD: Institute for Resource Development/Macro International, Inc.
- Baldwin, G. 1992. *Targets and Indicators in World Bank Population Projects*. Documentos de Trabajo de Investigación de Políticas sobre Población, Salud y Nutrición. Banco Mundial, Departamento de Población y Recursos Humanos.
- Bertrand, J.T. y L.F. Brown. 1993. *Final Report: Working Group on the Evaluation of Family Planning Training*. The EVALUATION Project, UNC-CH: Carolina Population Center.
- Blanc, A.K. y N. Rutenberg. 1990. "Coitus and Contraception: The Utility of Data on Sexual Intercourse for Family Planning Programs", *Studies in Family Planning* 22, 3:162-176.
- Blumenfeld, S.N. 1985. *Operations Research Methods: A General Approach to Primary Health Care*. Chevy Chase, Maryland: PRICOR.
- Bongaarts, J. 1978. "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review* 4, 2:105-132.
- Bongaarts, J. y J. Menken. 1983. "The Supply of Children: A Critical Essay". En *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. 1:1-26. Nueva York: Academic Press.
- Bongaarts, J. 1984. "A Simple Method for Estimating the Contraceptive Prevalence Required to Reach a Fertility Target". *Studies in Family Planning* 15, 4:184-190
- Bongaarts, J. 1985. "The Concept of Potential Fertility in the Evaluation of the Fertility Impact of Family Planning Programs". En *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, 40-49. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- Bongaarts, J. 1990. "The Measurement of Wanted Fertility", *Population and Development Review* 16, 3:487-506.
- Bongaarts, J. y G. Rodríguez 1991. "A New Method for Estimating Contraceptive Failure Rates". En *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use* de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones

Referencias

- Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- Bongaarts, J. 1991a. "Do Reproductive Intentions Matter?" En *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*. Columbia, Maryland: IRD/Macro International.
- Bongaarts, J. 1991b. "The KAP-gap and the Unmet Need for Contraception". *Population and Development Review* 17, 2:293-313.
- Boulier, B. 1985. Las repercusiones de los programas de planificación familiar en la fecundidad en el mundo en desarrollo. Documentos de Personal del Banco Mundial, No. 677.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework". *Studies in Family Planning* 21, 2:61-90.
- Bulatao, R.A. 1981. "Values and Disvalues of Children in Successive Childbearing Decisions", *Demography* 18: 1-25.
- Bulatao, R.A. y R.D. Lee. 1983. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Nueva York: Academic Press.
- CEDPA y FHI. 1992. *Service Quality Assessment and Improvement Processes and Tools September 23-24*. Washington, DC.
- Centers for Disease Control. 1985. *Logistics Guidelines for Family Planning Programs*, Atlanta: CDC, División de Salud Reproductiva.
- Chandrasekaran, C. y A.I. Hermalin (eds.). 1975. *Measuring the Effect of Family Planning Programs on Fertility*. Dolhain, Bélgica: Ediciones Ordina.
- Chayovan, N., A.I. Hermalin y J. Knodel. 1984. "Measuring Accessibility to Family Planning Services In Thailand". *Studies in Family Planning* 15, 5:201-211.
- Coeytaux, F.M., T. Kilani y M. McEvoy. 1987. "The Role of Information, Education, and Communication in Family Planning Service Delivery in Tunisia". *Studies in Family Planning* 18, 4:229-233.
- Crane, B y J. Finkle. 1990. "The Politics of International Population Policy". En *International Transmission of Population Policy Experience*, 167-183. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas.
- Demeny, P. 1988. "Social Science and Population Policy", *Population and Development Review* 14, 3:451-470.
- Destler, H., D. Liberi, J. Smith y J. Stover. 1990. *Preparing for the Twenty-First Century: Principles for Family Planning Service Delivery in the Nineties*. Washington DC: Family Planning Services Division Office of Population U.S. Agency for International Development.
- Dixon-Mueller, R. y A. Germain. 1992. "Stalking the Elusive 'Unmet Need' for Family Planning". *Studies in Family Planning* 23, 5:330-335.

Referencias

- Easterlin, R.A. 1978. "The Economics and Sociology of Fertility: A Synthesis". En *Historical Studies of Changing Fertility*, Princeton: Princeton University Press.
- Elkins, H. y O.S. Nordberg. 1977. "Service Statistics: Aid to more Effective Family Planning Program Management". *Population Reports*, Serie J. No. 17. Centro Médico de la Universidad de George Washington.
- Entwisle, B. 1989. "Measuring the Components of Family Planning Program Effort". *Demography* 26, 1:53-80.
- Espenshade, T. 1977. "The Taste for Children". *Family Planning Perspectives* 9:40-47.
- The EVALUATION Project (Proyecto EVALUACION). 1992b. "Minutes of the Meeting on Service Delivery Working Group, June 3-4, 1992" y "Minutes of the Meeting Subcommittee on Quality Assurance, Service Delivery Working Group, June 17, 1992". Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- The EVALUATION Project (Proyecto EVALUACION). 1992c. "Minutes of the Meeting on Institutionalization of Training, October 28, 1992". Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- The EVALUATION Project (Proyecto EVALUACION). 1992d. "Minutes of the Meeting of the Working Group on Operations Research, November 12, 1992". Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- The EVALUATION Project (Proyecto EVALUACION). 1993a. *Report of the Second Meeting of the Commodities and Logistics Working Group*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- The EVALUATION Project (Proyecto EVALUACION). 1993b. "Minutes of the Meeting of the Management Working Group, June 14, 1993". Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- Finkle, J. y G. Ness. 1985. *Managing Delivery Systems: Identifying Leverage Points for Improving Family Planning Program Performance*. Informe Final, Proyecto de Administración de Sistemas de Entrega, Contrato de la AID No. DPE-0632-C-00-3065-00.
- Fisher, A.A., J.E. Laing, J.E. Stoeckel y J.W. Townsend. 1991. *Handbook for Family Planning Operations Research Design*. Nueva York: Consejo de Población.
- Fisher, A., B. Mensch, R. Miller, S. Askew, A. Jain, C. Ndeti, L. Ndhlovu y P. Tapsoba. 1992. *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*. Nueva York: Consejo de Población.
- Foreit, J.R., M.E. Gorosh, D.G. Gillespie y G.C. Merritt. 1978. "Community-based and Commercial Contraceptive Distribution: An Inventory and Appraisal". *Population Reports*, Serie J., No. 19. Marzo: J1-J29.

Referencias

- Foreit, K. 1992. "Unmet Demand for Contraception vs. Unmet Demand for Appropriate Contraception". Documento presentado ante la 120a Reunión Anual de la Asociación Norteamericana de Salud Pública, Washington, DC, noviembre.
- García-Núñez, J. 1992. *Mejoramiento de la Evaluación de la Planificación Familiar: Guía Etapa por Etapa para Gerentes y Evaluadores*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, Inc.
- Gaslonde, S. y E. Carrasco. 1982. "The Impact of Some Intermediate Variables on Fertility: Evidence from the Venezuela National Fertility Survey 1977". *WFS Occasional Papers*, No. 23. Londres: Encuesta Mundial de Fecundidad.
- Hauser, P.M. 1967. "Family Planning Programs and Population Programs: A Book Review Article". *Demography* 4, 1:397-414.
- Hermalin, A.I. 1983. "Fertility Regulation and its Costs: A Critical Essay". En *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. II, 1-53. Nueva York: Academic Press.
- Hermalin, A.I. y B. Entwisle. 1985. "Future Directions in the Analysis of Contraceptive Availability". Procedimientos de la Conferencia Internacional de Población, Florencia, 5-12 de junio de 1985.
- Hermalin, A.I. y B. Entwisle. 1988. "The Availability and Accessibility of Contraceptive Services". En R.J. Lapham and Mauldin, *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hermalin, A.I., A.P. Riley y L. Rosero-Bixby. 1992. "A Multi-level Analysis of Contraceptive Use and Method Choice in Costa Rica". Centro de Estudios de Población, Universidad de Michigan.[inédito]
- Hofstede, G. 1982. "National Cultures in Four Dimensions". *International Studies of Management and Organization*, XII 1-2: 46-74.
- Hutchings, J., G. Perkin y L. Saunders. 1987. "The Effect of Contraceptive Technology on the Program Environment". En *Organización de Programas Eficaces de Planificación Familiar*, R.J. Lapham y G.B. Simmons (ed.). Washington, DC: National Academy Press.
- ICDDR, B. 1989. "Why Contraceptive Prevalence Estimates Based on Service Statistics and Sample Surveys Do Not Agree". Documento Informativo No. 11 del Proyecto de Extensión de Salud Materno-infantil-Planificación Familiar.
- Ickis, J. 1987. "Structural Issues Related to Delivery Systems". En *Organizing for Effective Family Planning Programs*, R.J. Lapham y G. Simmons (eds). Washington,DC: National Academy Press.
- Jain, A. 1989. "Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Service". *Studies in Family Planning* 20, 1:1-16.
- Jain, A. (ed.), 1992. *Managing Quality of Care in Population Programs*. West Hartford: Kumarian

Referencias

- Press.
- Jain, A, J. Bruce y B. Mensch. 1993. "Setting Standards of Quality in Family Planning Programs". *Studies in Family Planning* 23, 6:392-395.
- Jejeebhoy, S. 1989. "Measuring the Quality and Duration of Contraceptive Use: An Overview of New Approaches". *Population Bulletin of the United Nations*, No. 26.
- Jemai, Y. 1985. "Application of the prevalence model: the case of Tunisia". En *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, 234-236. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas.
- Kendall, Sir Maurice. 1979. "The World Fertility Survey: Current Status". *Population Reports*, Serie M., No. 3.
- Kincaid, D.L., P.T. Piotrow, J.G. Rimon, B. Lozare. 1993. "Conceptual Frameworks for the Strategic Design of Health Communication Projects". Documento de Trabajo, Centro de Programas de Comunicación, Departamento de Dinámica de Población, Universidad de Johns Hopkins.
- Kincaid, D.L. Comunicación Personal. Agosto de 1992.
- Knodel, J. 1983. "Natural Fertility: Age Patterns, Levels and Trends". En *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. 126-60. Nueva York: Academic Press.
- Knowles, J.C., K.A. Bollen y K. Yount. 1993. "The Policy Environment of Family Planning Programs: A Literature Review". Proyecto EVALUACION. Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- Labbok, M. 1992. "The Lactational Amenorrhea Method: Why Bother? Clinical Data for Policy Change", presentado ante la Reunión Anual de la Asociación Norteamericana de Salud Pública, Washington, D.C., 8-12 de noviembre de 1992.
- Laing, J. 1985. "Continuation and Effectiveness of Contraception Practice: A Cross-sectional Approach". *Studies in Family Planning* 16, 3:138-153.
- Landry, E. (Presidente, Grupo Especial de Evaluación). "Final Report Outcome of the Evaluation Group". Elaborado para el Comité Permanente de Información y Capacitación, USAID, febrero de 1992.
- Lapham, R.J. y W.P. Mauldin, 1984. "Family planning program effort and birthrate decline in developing countries". *International Family Planning Perspectives* 10, 4:109-118.
- Lapham, R.J. y W.P. Mauldin. 1985. "Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs". *Studies in Family Planning* 16, 3:117-137.
- Lapham, R. y G. Simmons. 1987. "Overview and Framework". En *Organizing for Family Planning Program Effectiveness*. Washington, DC: National Academy Press.

Referencias

- Laurent, A. 1983. "The Cultural Diversity of Western Conceptions of Management". *International Studies of Management and Organization*, XII 1-2:75-96.
- Lee, R.D. 1980. "Aiming at a Moving Target: Period Fertility and Changing Reproductive Goals". *Population Studies* 34:205-226.
- Lighbourne, R.E. 1985. "Desired Number of Births and Prospects for Fertility Decline in 40 Countries". *International Family Planning Perspectives* 11, 2:34-47.
- Lightbourne, R.E. 1987. "Reproductive Preference and Behavior". En Cleland y C. Scott (eds), *The World Fertility Survey: An Assessment*. Londres: Oxford University Press.
- London, K.A., J. Cushing, S.O. Rutstein y colaboradores. 1985. "Fertility and Family Planning Surveys: An Update". *Population Reports*, Serie M. No. 8.
- Lutz, W. 1990. *Distributional Aspects of Human Fertility: A Global Comparative Study*. Nueva York: Academic Press.
- Mauldin, W.P. y J.A. Ross. 1991. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89". *Studies in Family Planning* 22, 6:350-367.
- McClelland, G.H. 1983. "Family Size Desires as Measures of Demand". En *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Nueva York: Academic Press.
- McGuire, W.J. 1989. "Theoretical Foundations of Campaigns". En *Public Communication Campaigns*, Segunda Edición. Newbury Park: Sage Publications.
- Mensch, B. y A. Jain. 1991. "Measuring Quality of Care at the Policy Level". Documento presentado en la Reunión de la Asociación Norteamericana de Salud Pública, Atlanta, Georgia, noviembre de 1991.
- Mensch, B., A. Fisher, I. Askew y A. Ajayi. 1993. "Supply Side Determinants of Family Planning Clinic Utilization: Findings from African Situation Analysis Studies". Documento presentado en las Reuniones de la Asociación de Población de Norteamérica, Cincinnati, Ohio, abril de 1993.
- Morris, L. y J.E. Anderson. 1982. "The Use of Contraceptive Prevalence Survey Data to Evaluate Family Planning Program Service Statistics". En *The Role of Surveys in the Analysis of Family Planning Programs*. Liege, Bélgica: Ediciones Ordina.
- Morris, L., G. Lewis, D.L. Powell, J. Anderson, A. Way, J. Cushing y G. Lawless. 1981. "Contraceptive Prevalence Surveys: A New Source of Family Planning Data". *Population Reports*, Serie M. No. 5.
- Namoodiri, N.K. y C.M. Suchindram. 1987. *Life Table Techniques and Their Applications*. Nueva York, NY: Academic Press.
- National Research Council (Consejo Nacional de Investigación). 1989. *Contraception and Reproduction. Health Consequences for Women and Children in the Developing World*.

Referencias

- Washington, DC: National Academy Press.
- Pearl, R. 1932. "Contraception and Fertility in 2000 Women". *Human Biology*, 4:363-407.
- Piotrow, P.T., J. G. Rimon II, K. Winnard, D.L. Kincaid, D. Huntington y J. Convisser. 1990. "Mass Media Family Planning Promotion in Three Nigerian Cities". *Studies in Family Planning* 21, 5:265-274.
- Piotrow, P.T., D.L. Kincaid, M.J. Hindin, C.L. Lettenmaier, I. Kuseka, T. Silberman, A. Zinanga, F. Chikara, D.J. Adamchak, M.T. Mbizvo, W. Lynn, O.M. Kurmah y Y. Kim. 1992. "Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project". *Studies in Family Planning* 23, 6:365-375.
- Prasartkul, P., Y. Porapakkham y W. Sittitrai. 1987. *Report on Birth Order Distribution as a Family Planning Program Evaluation Indicator*. Bangkok, Tailandia: Mahidol University, Instituto de Población e Investigación Social.
- Pullum, T.W. 1980. *Illustrative Analysis: Fertility Preferences in Sri Lanka*. Informes Científicos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS), No. 9. Londres: Encuesta Mundial de Fecundidad.
- "Report of the Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery". Elaborado para el Grupo Especial de la AID sobre Normalización de los Indicadores de Desempeño del Programa de Planificación Familiar. Octubre de 1990.
- Reynolds, J. 1990. "Evaluation of Child Survival Programs". En *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, 154-164. Oakland, California: Third Party Publishing.
- Robey, B., S.O. Rutstein, L. Morris y R. Blackburn. 1992. "The Reproductive Revolution: New Survey Findings". *Population Reports*, Serie M. No. 11.
- Rogers, E.M. 1973. *Communication Strategies for Family Planning*, Nueva York: The Free Press.
- Ross, J. (ed.) 1992. *International Encyclopedia of Population*. Volumen 1. Nueva York: The Free Press.
- Ross, J.A., M. Rich, J.P. Molzan y M.I. Pensak. 1988. *Family Planning and Child Survival: 100 Developing Countries*. Nueva York: Centro de Población y Salud Familiar de la Universidad de Columbia.
- Ross, J.A., W.P. Mauldin, Steven R. Green and E. Romana Cooke. 1992. *Family Planning and Child Survival Programs, as Assessed in 1991*. Nueva York: Consejo de Población.
- Ryder, N. 1982. *Progressive Fertility Analysis*. Boletín Técnico No. 8 de la Encuesta Mundial de Población. Voorburg, Países Bajos: Instituto Internacional de Estadística.
- Shelton, James. 1991. "What's Wrong with CYP?" *Studies in Family Planning* 22, 5:332-335.
- Shelton, J.D., M.A. Angle y R.A. Jacobstein. 1992. "Medical Barriers to Access to Family Planning".

Referencias

- Lancet*, 340:1334-5.
- Sherris, Jacqueline D, Kathy A. London, Sidney H. Moore, John H. Pile y Walter B. Watson, 1985. "The Impact of Family Planning Programs on Fertility". *Population Reports*, XII, 1:J733-J771.
- Srinivasan, K. y M. Freymann. 1989. "Need for a Reorientation of Family Planning Program Strategies in Developing Countries: A Case for a Birth-based Approach". En *Dynamics of Population and Family Welfare*. Bombay, India: Himilaya Publishing House.
- Srinivasan, K.P.C. Saxena y A. Pandey. 1992. "Birth Order and Birth Interval Statistics". *International Institute for Population Sciences*. Bombay, India. [inédito]
- Stover, J., J.T. Bertrand, S. Smith y N. Rutenberg. 1993. "Empirically-based Conversion Factors for Calculating Couple-Years of Protection". Chapel Hill, Carolina del Norte: Proyecto EVALUACION (inédito).
- Stover, J., J.C. Knowles, A.E. Wagmen, D.L. Nortman, J. Freyman y R. McKinnon. 1991. *Target Cost: A Model for Projecting the Family Planning Service Requirements and Costs to Achieve Demographical Goals*. Washington, DC: The Futures Group.
- Subcomité de Indicadores de Calidad en la Provisión de Servicios de Planificación Familiar. 1990. Informe del Subcomité. Presentado al Grupo Especial sobre Normalización de Indicadores del Desempeño de Programas de Planificación Familiar de la Agencia para el Desarrollo Internacional.
- Tsui, Amy O. y Pamina Gorbach. 1993. *Conceptual Framework for the Evaluation of Family Planning Programs*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina.
- Tsui, A.O., A.I. Hermalin, J.T. Bertrand, J. Knowles, J. Stover y K. Stewart. 1992. "Evaluating Family Planning Program Impact: New Initiatives on a Persisting Question". Documento presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Población de Norteamérica, 30 de abril-2 de mayo de 1992, Denver, Colorado.
- Tsui, A.O. y L.H. Ochoa. 1992. "Service Proximity as a Determinant of Contraceptive Behavior: Evidence from Cross-national Studies of Survey Data". En J.F. Phillips y J.A. Ross (eds), *Family Planning Programs and Fertility*. Londres: Clarendon Press-Oxford.
- United Nations (Naciones Unidas). 1979. *Manual IX, The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility*. Nueva York: Departamento de Economía Internacional y Asuntos Sociales.
- United Nations (Naciones Unidas). 1982. *Evaluation of the Impact of Family Planning Programmes on Fertility: Sources of Variance*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- United Nations (Naciones Unidas). 1985. *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.

Referencias

- United Nations (Naciones Unidas). 1986. *Manual IX, The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility - Addendum*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- United Nations (Naciones Unidas). 1991. *The Dynamics of Contraceptive Use*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales.
- Veney, J. 1992. *Definition of Terms: Types of Evaluation*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Centro de Población de Carolina, Proyecto EVALUACION.
- Ward, V.M., J.T. Bertrand y F. Puac. 1992. "Exploring Socialcultural Barriers to Family Planning among Mayans in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*. 18(2):59-65.
- Warwick, D. 1988. "Culture and the Management of Family Planning Programs". *Studies of Family Planning Programs* 19, 1:1-18.
- Weller, R.H., D.F. Sly, A. Sukamdi y R. Ekawati. 1981. "The Wantedness Status of Births in Indonesia". En *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*. Columbia, Maryland: IRD/Macro International.
- Westoff, C. 1990. "Reproductive Intentions and Fertility Rates". *International Family Planning Perspectives* 16, 3:84-96.
- Westoff, C.F. 1991. *Reproductive Preferences*. Estudios Comparativos de Encuestas Demográficas y de Salud No. 3. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International, Inc.
- Westoff, C.F. y L. H. Ochoa. 1991. *Unmet Need and Demand for Family Planning*. Estudios Comparativos de Encuestas Demográficas y de Salud No. 5. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International, Inc.
- Wishik, S.M. y K. Chen. 1973. "Couple-years of Protection: A Measure of Family Planning Program Output". Nueva York: Universidad de Columbia, Instituto Internacional de Estudio de la Reproducción Humana.

LISTA DE TODOS LOS INDICADORES POR FUENTE PRIMARIA DE DATOS

FUENTE: REGISTROS ADMINISTRATIVOS Y PROGRAMATICOS

Entorno político

- Existencia de un plan de formulación de la política
- Número de análisis normativos debidamente diseminados
- Número de eventos de toma de conciencia dirigidos a líderes
- Existencia de un plan estratégico para ampliar el programa nacional de planificación familiar
- Integración de los datos demográficos en la planificación del desarrollo
- Número de declaraciones de dirigentes en apoyo de la planificación familiar
- Política oficial de población que incluye la fecundidad y la planificación familiar
- Coordinación nacional de la planificación familiar
- Nivel del programa de planificación familiar dentro de la administración del gobierno
- Magnitud de los impuestos a la importación de anticonceptivos y otros impuestos
- Restricciones sobre la promoción de los anticonceptivos a través de los medios de información
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los proveedores
- Ausencia de restricciones arbitrarias sobre los usuarios
- Recursos del sector público dedicados a la planificación familiar como porcentaje del PIB
- Calidad de la dirección del programa
- Grado de participación del sector comercial

Operaciones de suministro de servicios (áreas funcionales)

Gestión

- Existencia de una misión clara que contribuye al logro de los objetivos programáticos
- Logro de las metas operativas
- Estructura orgánica claramente definida
- Idoneidad del personal
- Conciencia de la situación financiera actual
- Acceso a información actualizada sobre áreas clave de funcionamiento programático
- Acceso a información al día sobre el progreso del programa
- Continuidad de los suministros

Capacitación

- Número y porcentaje de cursos que logran los objetivos de aprendizaje
- Número y porcentaje de cursos que contribuyen al logro de los objetivos de capacitación del programa
- Número y porcentaje de cursos en los que la metodología docente es apropiada para la transferencia

Apéndice A

de competencias y conocimientos

- Número de participantes por tipo
- Número y porcentaje de participantes que adquirieron dominio del conocimiento impartido
- Número y porcentaje de participantes competentes para proporcionar un servicio específico de planificación familiar
- Número y porcentaje de proveedores calificados como competentes luego de cierto período desde la capacitación
- Número y porcentaje de participantes que aplican las competencias a su trabajo posterior

Suministros y aspectos logísticos

- Desperdicio en la cadena de suministro
- Porcentaje de la capacidad de almacenamiento que satisface normas aceptables
- Frecuencia de agotamiento de suministros
- Porcentaje de puntos de provisión de servicios (SDP) abastecidos de acuerdo con el plan
- Porcentaje de personal clave capacitados en aspectos logísticos de anticonceptivos
- Indicador compuesto de suministros y aspectos logísticos

Información-Educación-Comunicación

- Número de comunicados producidos, por tipo, durante un período de referencia
- Número de comunicados diseminados, por tipo, durante un período de referencia
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a los mensajes del programa, con base en informes retrospectivos de los encuestados
- Porcentaje del grupo objetivo que comprende correctamente un mensaje dado
- Número de métodos anticonceptivos conocidos
- Porcentaje del grupo objetivo que adquiere la aptitud de realizar una determinada tarea como resultado de su exposición a una comunicación específica
- Porcentaje del grupo objetivo expuesto a un mensaje concreto que declara que le gusta el mensaje
- Número y porcentaje del grupo objetivo que discute el mensaje o mensajes con otras personas, por tipo de persona
- Porcentaje del grupo objetivo que propugna la práctica de la planificación familiar

Investigación y evaluación

- Presencia de una unidad activa de investigación y evaluación
- Grado de utilización del sistema estadístico de servicios
- Realización de encuestas periódicas de hogares con propósitos múltiples o fines especiales
- Realización de investigación operativa (OR)
- Realización regular de evaluación del proceso
- Realización de evaluaciones de la eficacia, productividad e impacto
- Uso de los resultados de la investigación y evaluación para modificar el programa
- Divulgación de los resultados de la investigación y evaluación

Adecuación del servicio

Acceso (indicadores ilustrativos)

- Número de SDP situados a una distancia o tiempo de recorrido fijos de una comunidad dada (es decir, densidad de los servicios)
- Costos de un mes de suministro de anticonceptivos como porcentaje de los salarios mensuales
- Normas que restringen las opciones anticonceptivos en los programas
- Porcentaje de la población objetivo que conoce al menos de una fuente de servicios o suministros anticonceptivos
- Porcentaje de no utilización relacionada con barreras psico-sociales

Calidad de la atención (indicadores ilustrativos)

- Número de métodos anticonceptivos disponibles en SDP específicos
- Porcentaje de sesiones de asesoría con nuevos aceptantes en las que se discuten todos los métodos
- Porcentaje de visitas de clientes en las que el proveedor demuestra su competencia en procedimientos clínicos, incluida la asepsia
- Porcentaje de clientes que declaran "tiempo suficiente" empleado con el proveedor
- Porcentaje de clientes informados de las horas, fecha y fuentes de abastecimiento o nuevas visitas
- Porcentaje de clientes que perciben que los horarios y días de atención son cómodos

Imagen del programa

- Número y tipo de actividades para mejorar la imagen pública de la planificación familiar durante un período de referencia (por ejemplo, un año)
- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

Demanda de hijos

- Promedio de la dimensión de la deseada de la familia
- Deseo de hijos adicionales
- Condición deseada de nacimientos previos
- Tasa global de fecundidad deseada (WTFR)

Demanda de planificación familiar

- Demanda de limitación
- Demanda de espaciamiento
- Demanda total (de planificación familiar)
- Necesidad no satisfecha de planificación familiar
- Satisfacción de la demanda de planificación familiar

Utilización de los servicios

- Número de visitas al punto o puntos de provisión de los servicios
- Número de nuevas aceptantes de la anticoncepción moderna

Apéndice A

- Número de nuevas aceptantes en la institución
- Número de nuevos segmentos de anticoncepción
- Años-pareja de protección (CYP)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasas de continuación

La práctica anticonceptiva

- Tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR)
- Número de usuarios actuales
- Utilización de la anticoncepción alguna vez (uso pasado)
- Fuente de suministro (por método)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasa de continuación
- Tasas de falla del anticonceptivo

Impacto sobre la fecundidad

Nivel de fecundidad

- Tasa bruta de natalidad (CBR)
- Tasa de fecundidad específica por edad (ASFR)
- Tasa global de fecundidad (TFR)

Nacimientos evitados

- Nacimientos evitados (por el programa)

Otros indicadores

- Tasa de natalidad específica por la paridad
- Proporción de nacimientos por encima (o por debajo) de una paridad especificada
- Proporción de nacimientos de mujeres por encima o por debajo de una edad especificada
- Duración mediana de los intervalos entre nacimientos
- Proporción de intervalos abiertos o cerrados entre nacimientos que tienen una duración especificada o mayor
- Tasa global de fecundidad no deseada (UTFR)

FUENTE: DATOS DE ENCUESTA (POR EJEMPLO, LA DHS)

Entorno político

- Grado de participación del sector comercial¹

Demanda de hijos

- Dimensión mediana deseada de la familia¹
- Deseo de hijos adicionales
- Condición deseada de nacimientos previos¹
- Tasas de fecundidad total deseada (WTFR)¹

Demanda de planificación familiar

- Demanda de limitación
- Demanda de espaciamiento
- Demanda total (de planificación familiar)¹
- Necesidad no satisfecha de planificación familiar¹
- Satisfacción de la demanda de planificación familiar

Productos de los servicios

Acceso

- Porcentaje de la población objetivo que conoce al menos una fuente de servicios/suministros de anticonceptivos
- Porcentaje de no utilización relacionado con barreras psicosociales

Imagen del programa

- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

Práctica anticonceptiva

- Tasa de prevalencia anticonceptiva (CPR)¹

¹ En el marco del Proyecto EVALUACION, se ha elaborado un nuevo paquete de programas interactivos, EASEVAL, conjuntamente con el personal de la DHS, a fin de facilitar el uso de los datos de la DHS a partir de registros de recodificación estándar. El paquete está disponible en la actualidad para utilización con los archivos de la DHS I; estará disponible para uso con la DHS II una vez que se publiquen los registros de recodificación estándar de la DHS II. El menú de este programa permite al usuario seleccionar la opción "INDICADORES", que proporciona una lista completa de los indicadores descritos en este Manual, disponibles de la encuesta DHS. En el Apéndice A, todos los indicadores de que se dispone en el paquete de programas interactivos de la DHS llevan un número elevado para poner de releve el vínculo entre el Manual de Indicadores y el paquete EASEVAL.

Apéndice A

- Número de usuarios actuales
- Nivel de utilización (alguna vez en el pasado)¹
- Fuente de suministros (por método)¹
- Combinación de métodos¹
- Características de los usuarios
- Tasas de continuación
- Tasas de falla en la utilización

Fecundidad

Nivel de fecundidad

- Tasa bruta de nacimientos (CBR)
- Tasa de fecundidad específica para la edad (ASFR)¹
- Tasa de fecundidad total (TFR)¹

Nacimientos evitados

- Nacimientos evitados (gracias al programa)

Otros indicadores

- Tasa de nacimientos específica para la edad¹
- Proporción de nacimientos por encima (o por debajo) de una paridad especificada¹
- Proporción de nacimientos en mujeres por encima o por debajo de una edad especificada¹
- Longitud mediana de intervalos entre nacimientos¹
- Proporción de intervalos abiertos o cerrados que son de una longitud especificada o más largos¹
- Tasa total de fecundidad no deseada (UTFR)¹

FUENTE: ESTADISTICAS DE SERVICIOS, SISTEMAS DE INFORMACION DE GESTION

Operaciones de suministro de servicios (áreas funcionales)

Gestión

- Toma de conciencia gerencial de la situación financiera actual
- Acceso a información actual sobre áreas clave de funcionamiento del programa
- Capacidad para garantizar el seguimiento de los productos

Productos/aspectos logísticos

- Desperdicio en la cadena de suministro
- Porcentaje de capacidad de almacenamiento que responda a normas aceptables
- Frecuencia de agotamiento de suministros
- Porcentaje de puntos de entrega de servicios (SDP) abastecidos según lo previsto
- Indicador compuesto de productos y aspectos logísticos

Utilización de los servicios

- Número de visitas al punto o puntos de entrega de servicios (SDP)
- Número de nuevos aceptantes de la anticoncepción moderna
- Número de nuevos aceptantes para la institución
- Número de nuevos aceptantes del segmento
- Años-pareja de protección (CYP)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasas de continuación

Apéndice A

FUENTE: ENCUESTAS ESPECIALES (DE PROVEEDORES, CLIENTES, AUDIENCIAS OBJETIVO, ETC.)²

Ambiente normativo

- Magnitud de la participación del sector comercial

Operaciones de entrega de servicios (áreas funcionales)

Gestión

- Estructura orgánica claramente definida
- Idoneidad de la plantilla de personal
- Conocimiento de la situación financiera actual
- Acceso a información actual sobre áreas clave de funcionamiento programático
- Acceso a información actual sobre el progreso de los programas

Capacitación

- Número de capacitados que han alcanzado un nivel importante de conocimiento
- Número/porcentaje de capacitados que han puesto en práctica las aptitudes en su trabajo subsiguiente

Información-Educación-Comunicación

- Porcentaje de la audiencia objetivo expuesta a mensajes del programa, con base en la memoria de los encuestados
- Porcentaje de la audiencia que adquiere aptitudes para llevar a cabo una tarea determinada como resultado de haberse expuesto a una comunicación específica
- Porcentaje de la audiencia objetivo expuesta a un mensaje específico que declara gustarle
- Número/porcentaje de la audiencia objetivo que habla del mensaje o mensajes con otras personas, por tipo de persona
- Porcentaje de la audiencia objetivo que defiende la práctica de la planificación familiar

Investigación

- Magnitud de utilización del sistema estadístico de servicios
- Utilización de los resultados de la investigación y la evaluación para modificar el programa

Productos de los servicios

Acceso

- Número de SDP situados dentro de una distancia fija o tiempo de viaje de un lugar dado (es decir, densidad del servicio)

² Esta categoría también comprende entrevistas con gerentes y otro personal, respuestas de los participantes sobre evaluaciones de capacitación y entrevistas con informadores clave.

- Costo de un mes de suministro de anticonceptivos como porcentaje de sueldos mensuales

Calidad

- Porcentaje de clientes que declaran "tiempo suficiente" con el proveedor
- Porcentaje de clientes que perciben que las horas/los días les convienen
- Porcentaje de clientes informados de la fecha y las fuentes de reabastecimiento/nueva visita

Imagen del programa

- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

Apéndice A

FUENTE: OBSERVACION/EVALUACION DE EXPERTOS

Ambiente normativo

- Calidad de la dirección del programa

Operaciones de provisión de servicios (áreas funcionales)

Capacitación

- Número/porcentaje de cursos que alcanzan los objetivos de aprendizaje
- Número/porcentaje de cursos donde la metodología de capacitación es apropiada para la transferencia de aptitudes y conocimiento
- Número/porcentaje de capacitados que han alcanzado un nivel importante de conocimiento
- Número/porcentaje de capacitados competentes para proporcionar un servicio específico de planificación familiar
- Número/porcentaje de proveedores capacitados evaluados como competentes en un período específico (por ejemplo, seis meses) después de la capacitación

Productos/aspectos logísticos

- Indicador compuesto de productos y aspectos logísticos

Investigación y evaluación

- Grado de utilización de un sistema estadístico de servicios

Productos de los servicios

Calidad

- Número de métodos anticonceptivos disponibles en un SDP específico
- Porcentaje de sesiones de asesoría con nuevos aceptantes en las que el proveedor habla de todos los métodos
- Porcentaje de visitas de clientes durante las cuales el proveedor demuestra habilidad en procedimientos clínicos, incluida la asepsia
- Porcentaje de clientes informados de las fechas y fuentes de reabastecimiento/nuevas visitas

INDICADORES PARA EVALUAR EL AREA FUNCIONAL DE GESTION³

ELEMENTO/INDICADOR

Elemento No. 1 - Misión del programa

- 1.1 Existencia de una misión clara del programa que contribuya al logro de metas nacionales de planificación familiar.
- 1.2 La misión es comprendida en todo el programa/organización.
- 1.3 La misión del programa la utiliza en la planificación y operaciones cada nivel/segmento de la organización.

Elemento No. 2 - Planificación/estrategia

- 2.1 Se cumplen los planes estratégicos/operativos
- 2.2 Existencia de un plan estratégico
- 2.3 El plan estratégico se comprende y utiliza
- 2.4 Estudio periódico del plan estratégico
- 2.5 Existencia de planes operativos
- 2.6 Se utilizan planes operativos
- 2.7 Los planes operativos se analizan y actualizan regularmente

Elemento No. 3 - Organización

- | | | |
|-------------|-------|---|
| Subelemento | 3.1 | Estructura orgánica |
| | 3.1.1 | Estructura orgánica clara |
| | 3.1.2 | Proceso definido de toma de decisiones |
| | 3.1.3 | Sistema para comunicar decisiones |
| | 3.1.4 | Redes formales de presentación de informes |
| | 3.1.5 | Descripciones escritas de cargos |
| | 3.1.6 | Existencia de normas/directrices escritas de los servicios |
| | 3.1.7 | Los subsistemas de gestión son integrados, coherentes y homogéneos |
| | 3.1.8 | El programa está en condiciones de regenerar la dirección |
| | 3.1.9 | El programa es capaz de sobrevivir a cambios en la dirección |
| Subelemento | 3.2 | Dirección |
| | 3.2.1 | La misión del programa y el plan estratégico están orientados hacia el futuro |
| | 3.2.2 | La dirección es capaz de adaptarse a los cambios en el ambiente exterior |
| | 3.2.3 | La dirección es capaz de influir en el ambiente exterior |

³ Proyecto EVALUACION, 1993b

Apéndice B

	3.2.4	Influencia interna
	3.2.5	La dirección es capaz de comunicar la misión/estrategia
Subelemento	3.3	Toma de decisiones
	3.3.1	Adopción de decisiones basada en la información
	3.3.2	Las decisiones se adoptan y comunican de forma oportuna
	3.3.3	El personal directivo solicita información interna y externamente (búsqueda de información)

Elemento No. 4 - Recursos humanos

Subelemento	4.1	Descripciones de cargos claramente definidos
	4.1.1	Descripciones escritas de cargos
Subelemento	4.2	Existen pautas de interacción/comunicación para la adopción/ejecución de decisiones
	4.2.1	Mecanismos de resolución de problemas
	4.2.2	Mecanismos que facilitan las reacciones
	4.2.3	Mecanismos de revisión del desempeño
Subelemento	4.3	Reclutamiento/contratación de personal
	4.3.1	Idoneidad de la plantilla de personal
	4.3.2	Las decisiones sobre contratación de personal se basan en aspectos técnicos y son oportunas
	4.3.3	El personal está adecuadamente capacitado para ejecutar responsabilidades
Subelemento	4.4	Capacitación
	4.4.1	Utilización racional de la capacitación
	4.4.2	Imparcialidad al utilizar las oportunidades de capacitación
Subelemento	4.5	Orientación profesional
	4.5.1	Definición clara de las trayectorias de crecimiento profesional
Subelemento	4.6	Políticas de compensación
	4.6.1	Las políticas están basadas en el mérito
	4.6.2	Los niveles de compensación son competitivos dentro del entorno
	4.6.3	Utilización de incentivos basados en el desempeño
	4.6.4	Imparcialidad

Elemento No. 5 - Finanzas

Subelemento	5.1	Sistemas de gestión financiera
	5.1.1	Procedimientos de gestión financiera
	5.1.2	Sistemas de información
Subelemento	5.2	Generación de ingresos
	5.2.1	Suficiencia de ingresos
	5.2.2	Mecanismos de generación de ingresos
	5.2.3	Capacidad para recaudar ingresos proyectados
	5.2.4	Diversidad de financiamiento

Apéndice B

Elemento No. 6 - Información

Subelemento	6.1	Suficiencia de apoyo a la información
	6.1.1	Acceso a información actual sobre áreas clave del funcionamiento del programa
	6.1.2	Sistemas (subsistemas) de información pertinentes instituidos
	6.1.3	Pertinencia de la información recopilada
	6.1.4	Carga de declaración
Subelemento	6.2	Uso de la información para decisiones de la gerencia
	6.2.1	El sistema de información se basa en la identificación de los usuarios y las oportunidades para uso de la información
Subelemento	6.3	Carácter oportuno
	6.3.1	Información producida a medida que se necesita
	6.3.2	Grado en el que la información respeta el calendario
Subelemento	6.4	Calidad de la información (definida externamente)
	6.4.1	Sensibilidad de los datos
	6.4.2	Fiabilidad/exactitud de los datos

Elemento No. 7 - Supervisión y evaluación

- 7.1 Disponibilidad de información actual sobre el progreso realizado hacia el logro de metas, objetivos y fines programáticos
- 7.2 Establecimiento de un plan de supervisión y evaluación
- 7.3 Establecimiento de un sistema de supervisión
- 7.4 Sistemas de supervisión y evaluación oportunos
- 7.5 Uso de datos de supervisión y evaluación
- 7.6 Metas y objetivos de evaluación alcanzados

Elemento No. 8 - Aspectos logísticos

- 8.1 Capacidad de seguimiento de los productos
- 8.2 Existencia de un sistema logístico
- 8.3 Existencia de un LMIS
- 8.4 Sistema analizado periódicamente al nivel superior
- 8.5 Alguien en cada nivel responsable de la gestión logística
- 8.6 Planes de mantenimiento del sistema logístico instituidos

**INDICADORES DE CALIDAD PARA PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
BASADOS EN LAS CLINICAS**

**Subcomité de Calidad
Grupo de Trabajo de Entrega de Servicios (SDWG)
Proyecto EVALUACION**

NOTAS SOBRE LOS INDICADORES

La siguiente lista de indicadores la elaboró inicialmente el Subcomité de Calidad el 17 de junio de 1992. Desde entonces, ha sido objeto de una serie de revisiones que se reproducen en esta versión. Además, se han elaborado listas análogas de indicadores de calidad y proyectos de distribución y mercadeo social basados en la comunidad (Proyecto EVALUACION, 1992c).

En la reunión de junio de 1992, el grupo coincidió en que existen tres niveles para medir los indicadores relacionados con la calidad: (1) de gerente (a los que se llama en otros lugares "subsistemas" o "sistemas de habilitar, (2) de proveedor y (3) de cliente. Estos niveles están interrelacionados ya que algunos insumos deben situarse al nivel de gerente (por ejemplo, toda una gama de métodos anticonceptivos almacenados) con el fin de permitir al proveedor adoptar la medida correcta (por ejemplo, ofrecer al cliente todos los métodos que sean médicamente apropiados) que puede, a su vez, medirse al nivel del cliente (por ejemplo, preguntando al cliente qué métodos se ofrecieron).

El grupo también propuso reducir la lista de más de 40 indicadores a una lista más corta de 10-15 indicadores clave por razones prácticas al nivel de campo. Sin embargo, en reuniones posteriores del SDWG, se consideró prematuro reducir la lista de indicadores sin la ventaja que representa someterla a pruebas de campo. Así, la lista completa de indicadores se presenta aquí.

Puesto que cierto número de indicadores podría medirse a dos o incluso tres niveles, se decidió identificar el nivel en el que cada indicador era más importante. En la mayor parte de los casos era el nivel del cliente. Si los resultados eran satisfactorios al nivel del cliente, se podía suponer un desempeño adecuado a los niveles del gerente y el proveedor. Si se observaban deficiencias, se retrocedería entonces, primero al nivel del proveedor y, luego, al nivel del gerente (o de los sistemas de habilitar) para determinar la fuente de la deficiencia en un esfuerzo por remediar el problema.

En la lista siguiente, los indicadores se clasifican de acuerdo con los seis elementos del Marco de Bruce sobre la Calidad de la Atención. Cuando proceda, se presentan (dentro de un elemento) en orden cronológico (es decir, el orden en que se esperaría que ocurrieran en un marco de provisión de servicios).

Para fines de uniformidad, los indicadores se han redactado en sentido positivo (por ejemplo, el cliente o la cliente recibe su método preferido). Sin embargo, los instrumentos que se formularán a partir de estos indicadores han de emplear una redacción neutra que dé igual peso a una respuesta positiva o

Apéndice C

negativa.

La columna de la derecha indica la clase o clases de enfoques de recopilación de datos que pueden utilizarse para obtener datos para cada indicador. Los códigos son los siguientes:

AR = registros administrativos (del programa)

CR = análisis del registro del cliente

CS = encuesta de los clientes

EI = entrevista con el cliente a la salida del establecimiento

FG = grupo focal

OB = observación (interacción entre el cliente y el proveedor, procedimiento clínico, etc.)

PS = encuesta de proveedores

**INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION EN PROGRAMAS
BASADOS EN LAS CLINICAS**

Elemento/Indicador	Enfoque o enfoques de recopilación de datos
Relaciones interpersonales	
1. Se capacita a los proveedores de servicios en relaciones interpersonales	AR, PS
2. El proveedor establece una relación para evaluar la situación personal (circunstancias familiares, índole de las relaciones sexuales)	OB, CS, EI, FG
3. El cliente declara sentirse:	CS, EI, FG
a. bien recibido por el personal	
b. cómodo al hacer preguntas	
c. tratado con respeto/cortesía por los proveedores	
Selección del método	
4. Número de métodos aprobados para uso en el SDP	AR
5. Número/categoría de métodos disponibles en el SDP ¹	OB, AR
6. El proveedor ofrece todos los métodos apropiados	OB, EI
7. El proveedor no impone restricciones innecesarias en la selección del método	PS, AR
8. El cliente o la cliente recibe el método que ha escogido ²	CS, EI
9. El proveedor remite al cliente a un establecimiento existente, accesible, para métodos de los que no dispone el SDP	PS, OB, EI
Información proporcionada a los clientes	
10. El proveedor da muestras de buenas aptitudes de orientación y consejo (por ejemplo, proporcionar información, obtener información, responder a preguntas)	OB, EI
11. El proveedor tiene a la disposición una lista de chequeo para corroborar la información que abordará en la sesión de orientación	OB, PS

Apéndice C

- | | | |
|-----|--|------------|
| 12. | El proveedor proporciona un análisis general exacto e imparcial de todos los métodos | OB, EI |
| 13. | El proveedor proporciona información exacta, pertinente ³ sobre el método aceptado: | OB |
| | a. cómo usarlo | |
| | b. ventajas y desventajas | |
| | c. efectos secundarios (presentación equilibrada) | |
| | d. precauciones primarias y secundarias | |
| | e. complicaciones que requieran remitir al cliente a otro nivel de atención | |
| | f. reabastecimiento | |
| | g. otra información importante ⁴ | |
| 14. | El proveedor pide al cliente que repita la información clave sobre el método seleccionado (cómo utilizarlo, los efectos secundarios, qué hacer si éstos se producen, etc.) | OB, CS, EI |
| 15. | El cliente explica correctamente el método seleccionado: ⁵ | CS, EI |
| | a. cómo utilizarlo | |
| | b. efectos secundarios posibles | |
| | c. qué hacer si se producen efectos secundarios | |
| | d. cuándo volver | |
| | e. a dónde volver | |
| 16. | Se dispone de materiales informativos (impresos, modelos, muestras, etc.) sobre métodos específicos | OB |
| 17. | Se acepta el compromiso de privacidad para: | OB, EI |
| | a. la orientación | |
| | b. un examen (si es el caso) | |
| 18. | El formulario de consentimiento está disponible y lo firma el cliente (VSC) | OB, CR |

Competencia técnica

- | | | |
|-----|--|----|
| 19. | El SDP tiene a la disposición pautas escritas sobre la práctica de la PF | AR |
| 20. | Existe una descripción de funciones para cada cargo | AR |

Apéndice C

- | | | |
|-----|--|------------|
| 21. | Existen mecanismos formales para analizar/seleccionar a posibles proveedores de servicios | AR |
| 22. | Existen criterios de educación/capacitación para las tareas de los servicios | AR |
| 23. | Se capacita al personal nuevo con respecto a las pautas de la institución | AR, PS |
| 24. | Los proveedores clínicos han recibido entrenamiento pertinente para desempeñar el cargo | AR, PS |
| 25. | Todo el personal recibe capacitación periódica y actualización en el trabajo | AR, PS |
| 26. | Están presentes los elementos básicos para la provisión de métodos disponibles en el SDP: ⁶ | OB, PS |
| | a. equipo de esterilización | |
| | b. guantes | |
| | c. presión sanguínea | |
| | d. espéculo | |
| | e. iluminación adecuada | |
| | f. agua | |
| 27. | El proveedor puede explicar con exactitud la anticoncepción: ⁷ | PS |
| | a. cómo utilizarla | |
| | b. ventajas y desventajas | |
| | c. efectos secundarios (presentación equilibrada) | |
| | d. precauciones primarias y secundarias | |
| | e. complicaciones que requieren que se remita al cliente a otro nivel de servicio | |
| | f. reabastecimiento | |
| 28. | El proveedor demuestra aptitud en los procedimientos clínicos (según las pautas) | OB |
| 29. | El proveedor demuestra capacidad para reconocer/determinar contraindicaciones (compatibles con las pautas) | OB, PS |
| 30. | El proveedor evita las pruebas, los exámenes y los períodos de espera que no se justifican desde el punto de vista médico ⁸ | OB, AR, PS |

Apéndice C

- | | | |
|-----|--|--------|
| 31. | El proveedor sigue los procedimientos de control de infecciones (esbozados en las pautas) | OB |
| 32. | Todos los niveles de proveedores de servicios reciben supervisión de rutina:
a. regular
b. útil (por ejemplo, supervisión del conocimiento y aptitudes clínicas del proveedor) | AR, PS |
| 33. | El SDP está en condiciones de tratar el VIH, otras ETS e infecciones del conducto reproductivo (RTI):
a. identificación
b. diagnóstico
c. referencia a otro nivel de atención
d. orientación de prevención
e. tratamiento y orientación | AR, PS |
| 34. | El cliente recibe un método apropiado:
a. médicamente apropiado
b. apropiado para un modo de vida sexual (incluido el riesgo de las ETS y del VIH) | OB, CR |

Mecanismos para asegurar la continuidad⁹

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 35. | El proveedor anima al cliente a regresar cuando lo necesite | OB, EI, CS, FG |
| 36. | El calendario de seguimiento/regreso al SDP es adecuado/razonable | CS, CR |
| 37. | El cliente puede reabastecerse con facilidad
a. el abastecimiento de todos los métodos que ofrece el SDP es adecuado
b. el sistema de reabastecimiento es fiable (evita el agotamiento de suministros) | OB, CS, EI |
| 38. | Se identifica a los clientes que se han retrasado en la visita de seguimiento | AR, CR |
| 39. | Se entra en comunicación con los clientes que se han retrasado en la visita de seguimiento | AR, CR |
| 40. | Se determinan las razones de no haber regresado | CS, FG |

Idoneidad y aceptabilidad de los servicios¹⁰⁻¹¹

- | | | |
|-----|--|------------|
| 41. | Los clientes y los no usuarios perciben que: | CS, EI, FG |
| | a. la privacidad/carácter confidencial de la orientación es aceptable | |
| | b. la privacidad/carácter confidencial del examen es aceptable | |
| | c. el tiempo de espera es aceptable | |
| | e. las horas/días son cómodos | |
| | f. el personal es aceptable en términos de género, grupo étnico, edad | |
| 42. | Los clientes y los no usuarios perciben que la instalación es adecuada en términos de: | CS, EI, FG |
| | a. sala de espera | |
| | b. sala de examen | |
| | c. limpieza/higiene | |
| | d. agua | |
| | e. instalaciones sanitarias | |
| | f. _____ (otro) | |

RESULTADOS

- | | |
|--|----------------|
| Número de aceptantes/usuarios nuevos | AR |
| Tasa de complicaciones para métodos específicos | CR, CS |
| Uso correcto, constante de métodos temporales (tasa de continuación - de cualquier método) | CR, CS, FG, EI |
| Número de clientes nuevos recomendados por otros usuarios | CR, CS, EI |
| Número de usuarios que recomiendan el servicio a otra persona | CS, EI |
| Porcentaje de clientes que hacen realidad sus intenciones reproductivas | CS, EI |

INDICADORES PARA EVALUAR LA INVESTIGACION OPERATIVA (OR)⁴

Cumplimiento del contratista de los términos del contrato

- Número de estudios
- Tipos de países (por ejemplo, prioritario o no prioritario)
- Número de informes, talleres, participantes capacitados

Proceso de elaboración del temario de OR

- Consulta con los participantes de la OR:⁵
 - Misión de la USAID en el país
 - Responsable del proyecto ante USAID/W (CTO)
 - Otros en Oficina de Población
 - Oficinas de la USAID/W
 - Oficinas regionales de la USAID (por ejemplo, la REDSO)
 - CA en los Estados Unidos
 - CA en los países
 - Propia institución
 - Gobierno del país anfitrión (Ministerio de Salud)
 - ONG en el país
 - Otros donadores (UNFPA, UNICEF, OMS, etc.)
 - Grupos partidarios (por ejemplo, grupos feministas)
 - Comunidad científica
 - Utilidad percibida del temario de la OR por parte de los grupos de participantes

Calidad de la investigación

Diseño del estudio

- Capacidad de responder a la pregunta de investigación
 - Diseño en su forma original
 - Diseño tal como se ejecutó en la práctica
- Equilibrio entre los recursos disponibles y un diseño robusto
- Efecto potencial sobre las políticas
- Pregunta de investigación relacionada con el temario de la OR (en el país y el mundo)

⁴ La lista anterior representa el producto de la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación Operativa llevada a cabo en octubre de 1993. Esta constituye una actualización de la lista preliminar de indicadores elaborada durante la primera reunión del grupo (Proyecto EVALUACION, 1992d).

⁵ La selección de los grupos de participantes depende en parte del tema de estudio de la IO.

- Potencial de replicación
- Pruebas de mejoras en los métodos y herramientas de investigación

Realización de la investigación

- Ejecución y control de calidad del trabajo de campo
- Control y supervisión oportunas de las actividades de campo
- Calidad del análisis de datos y presentación
- Pruebas de intentos por resolver acontecimientos no previstos

Diseminación de los resultados

- Alcance de los canales (seminarios, talleres, presentaciones, boletines, publicaciones en revistas y periódicos revisadas por colegas, etc.)
- Cantidad de actividades de divulgación
- Circunscripciones de la OR a las que se ha llegado
- Carácter oportuno

Utilización de los resultados

- Pruebas de que el personal de la OR trabaja con los gerentes del programa local y el personal de otras CA a fin de utilizar información para mejoramiento del programa
- Cambios realizados como resultado del estudio de OR:
 - en políticas
 - en procedimientos de entrega de servicios:
 - en el mismo lugar
 - en programa ampliado (escalón ascendente)
 - en programas de otras organizaciones:
 - en el país
 - en otros lugares
- Información utilizada como base de una investigación futura
- Duplicación de metodología en otros lugares
- Utilización de resultados o metodología en campos conexos

Institucionalización de la OR como herramienta de gestión

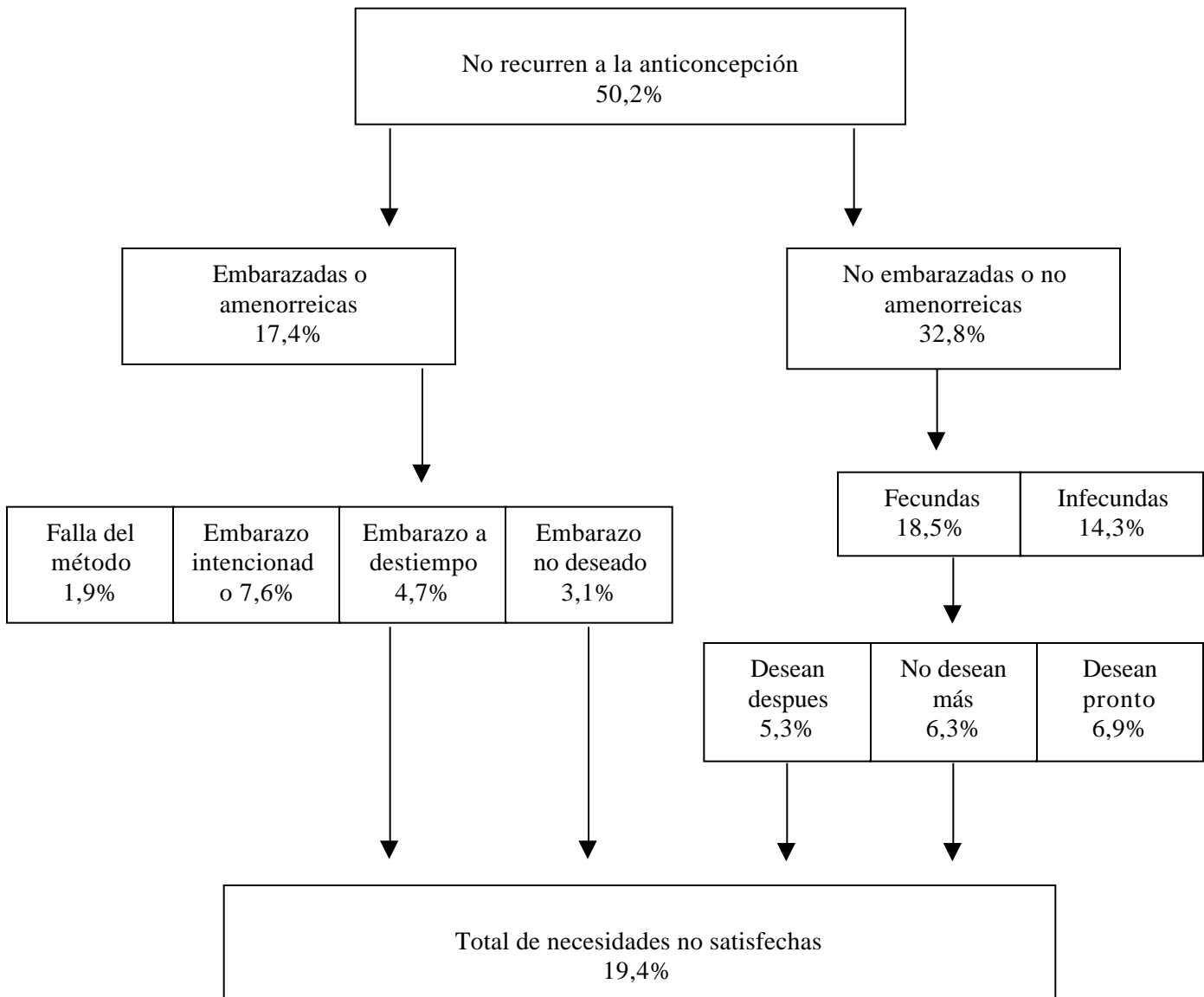
- Mayor receptividad de los gerentes del programa de la OR como herramienta
- Orientación de los gerentes hacia un enfoque proactivo
- Mayor capacidad de investigación entre los investigadores locales (en diseño de investigación, recopilación, procesamiento y análisis de datos, elaboración de informes)
- Fortalecimiento de la infraestructura de investigación (computadoras, documentos de referencia, VCR, programas informáticos, enlace con INTERNET)

Otro

- Diversidad de aptitudes que el personal, los consultores y colaboradores de la OR aportan al tema

Apéndice E

Ilustración del cálculo de necesidades no satisfechas de planificación familiar de la Encuesta Demográfica y de Salud de la República Dominicana



Fuente: Westoff y Ochoa (1991)

Tabulación ilustrativa de las categorías de encuestados a quienes se exigió que calcularan la demanda de planificación familiar y las necesidades no satisfechas - Datos de la DHS, países seleccionados (véase el Capítulo VI)

País	Embarazadas o amenorreicas						Fecundas			Total	No. de mujeres
	Infecundadas	Usuarías actuales	Falla del método	Embarazo intencional	Embarazo a destiempo	Embarazo o no deseado	Desea hijo pronto	Desea hijo después	No desea más hijos		
<u>Africa al sur del Sahara</u>											
Botswana	15,8	33,0	1,7	12,9	8,8	0,9	9,8	10,6	6,5	100	1708
Burundi	13,1	8,7	NA	45,6	10,4	2,3	7,6	7,3	5,1	100	2669
Ghana	12,3	12,9	NA	27,4	10,7	2,0	12,2	15,6	7,0	100	3156
Kenya	13,3	26,9	NA	15,9	12,0	4,0	5,9	10,5	11,5	100	4765
Liberia	18,2	6,4	NA	28,4	1,7	8,4	14,1	18,2	4,6	100	3529
Malí	19,3	4,7	NA	38,0	4,2	1,4	15,2	13,0	4,3	100	2948
Togo	9,1	12,1	NA	27,2	11,7	3,1	11,4	16,7	8,5	100	2454
Uganda	15,5	4,9	NA	33,4	11,7	2,1	19,0	8,2	5,2	100	3180
Zimbabwe	8,2	43,1	NA	14,6	5,0	3,5	12,4	5,1	8,1	100	2643
<u>Africa del Norte</u>											
Egipto	15,4	37,8	1,8	13,6	3,6	5,2	6,2	6,5	9,8	100	8221
Marruecos	15,5	35,9	2,8	15,5	6,2	3,1	8,1	6,2	6,5	100	5447
Túnez	10,5	49,8	1,6	13,3	4,6	3,3	5,1	6,0	5,8	100	4012
<u>Asia</u>											
Indonesia	19,9	47,8	0,9	11,5	2,7	0,9	3,9	7,4	5,0	100	0907
Sri Lanka	11,4	61,7	2,0	7,4	2,3	1,0	5,3	4,8	4,1	100	5442
Tailandia	12,3	65,5	0,5	6,7	1,8	1,1	3,9	3,8	4,3	100	6236
<u>América Latina y el Caribe</u>											
Bolivia	17,6	30,3	3,8	9,4	6,3	11,0	3,2	3,2	15,2	100	4941
Brasil ¹	6,6	66,2	2,2	6,9	2,6	2,3	5,4	2,2	5,7	100	3471
Colombia	8,2	64,8	2,7	6,5	3,3	2,1	4,4	1,8	6,2	100	2850
Rep. Dom.	14,3	49,8	1,9	7,6	4,7	3,1	6,9	5,3	6,3	100	4133
Ecuador	12,1	44,3	2,3	12,8	4,4	2,9	4,4	6,3	10,5	100	2957
El Salvador	13,5	47,3	0,6	8,2	3,7	4,0	4,5	10,2	8,1	100	3164
Guatemala ¹	10,4	23,2	0,9	30,1	5,8	4,0	6,1	10,6	9,0	100	3377
México	11,0	52,7	2,2	8,6	4,0	3,8	1,5	7,0	9,3	100	5662
Perú	12,4	45,8	4,3	7,0	5,2	6,5	2,8	2,9	13,1	100	2900
Trin./Tobago	18,6	52,7	2,2	4,5	1,9	1,2	5,9	6,3	6,7	100	2617

Apéndice E

Nota: Las relaciones de embarazos intencionados a embarazos a destiempo para mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas en México y Zimbabwe se estimaron a partir de cifras regionales.

NA: No se aplica

¹ Las cifras corresponden a mujeres de 15-44 años de edad

Fuente de datos: Westoff y Ochoa (1991)

- ¹. Lista de todos los métodos físicamente disponibles en el punto de provisión de servicios (SDP) el día de la recogida de datos. Debería interpretarse que el indicador toma en cuenta el número de métodos aprobados para el país y apropiados para la clase de SDP.
- ². Este indicador ha de interpretarse en relación con el indicador # 34. No se debería penalizar al programa por negarse a conceder el método deseado si éste no es adecuado desde el punto de vista médico.
- ³. La información "pertinente" será distinta para los nuevos usuarios, que necesitan una información completa, y para los usuarios asiduos, que pueden necesitar poca o ninguna información.
- ⁴. Será determinada al nivel del programa (por ejemplo, la píldora no protege contra la infección del VIH).
- ⁵. La experiencia indica que puede ser difícil para los entrevistadores registrar y evaluar correctamente la idoneidad de las respuestas de los clientes. Aun cuando el #13 y el #15 son similares, una mala respuesta en el #15 no significa necesariamente que la explicación del proveedor fue inadecuada (#13); así, pues, ambas se retienen como indicadores.
- ⁶. No todos los elementos se requieren para la provisión de todos los servicios.
- ⁷. "Puede explicar" se refiere a la capacidad de proporcionar respuestas correctas en una prueba de conocimientos. Esto es distinto de proporcionar en realidad estas explicaciones en el lugar de trabajo (véase el indicador #13).
- ⁸. Con base en las pautas de provisión de servicios al nivel local.
- ⁹. Los indicadores #13-c, 13-e, 13-f, 15-b, 15-d, 15-e también son pertinentes para este elemento.
- ⁰. Habrá quienes argumenten que el "acceso físico" a la instalación influye en su grado de aceptabilidad para el cliente. Sin embargo, en el marco del Proyecto EVALUACION, hemos tratado el "acceso a los servicios" como una dimensión separada (e independiente) del entorno de abastecimiento y, de este modo, no lo hemos incluido en esta lista.

Otro posible indicador de la calidad es el precio módico. Sin embargo, este indicador se ha excluido de esta lista argumentando que la dimensión clave no es el precio módico en sí, el cual toma en cuenta tanto la calidad como el costo.

¹1. Nota: Un cuestionario del cliente sobre actitudes hacia el servicio debería terminar con una pregunta abierta acerca de otros aspectos del servicio que podrían mejorarse.

SIGLAS TECNICAS		
ACRONIMOS EN INGLÉS	SIGNIFICADO EN INGLÉS	SIGNIFICADO EN ESPAÑOL
ASFR	AGE-SPECIFIC FERTILITY RATE	TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD
CBD	COMMUNITY BASED DISTRIBUTION	DISTRIBUCION BASADA EN LA COMUNIDAD
CBR	CRUDE BIRTH RATE	TASA BRUTA DE NATALIDAD
CPS	CONTRACEPTIVE PREVALENCE SURVEY	ENCUESTA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA
CPR	CONTRACEPTIVE PREVALENCE RATE	TASA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA
CYP	COUPLE YEARS OF PROTECTION	AÑOS DE PROTECCION PAREJA
DHS	DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS	ENCUESTAS DEMOGRAFICAS Y DE SALUD
DTFR	DESIRED TOTAL FERTILITY RATE	TASA TOTAL DE FECUNDIDAD DESEADA
FEFO	FIRST EXPIRY FIRST OUT	PRIMERO EN EXPIRAR PRIMERO EN SALIR
FIFO	FIRST IN FIRST OUT	PRIMERO EN ENTRAR PRIMERO EN SALIR
FP	FAMILY PLANNING	PLANIFICACION FAMILIAR
FPS	FAMILY PLANNING SURVEY	ENCUESTA DE PLANIFICACION FAMILIAR
GDP	GROSS DOMESTIC PRODUCT	PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB)
I-E-C	INFORMATION-EDUCATION-COMMUNICATION	INFORMACION-EDUCACION-COMUNICACION
IUD	INTRAUTERINE DEVICE	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
KAP	KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE	CONOCIMIENTO, ACTITUD, PRACTICA
LAM	LACTATIONAL AMENORRHEA METHOD	METODO DE AMENORREA MIENTRAS LACTA O METODO DE AMENORREA POR LACTANCIA
LMIS	LOGISTICS MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM	SISTEMA DE INFORMACION DE GESTION LOGISTICA
L&M	LAPHAM AND MAULDIN FAMILY PLANNING PROGRAM EFFORT MEASURES	MEDIDAS DE ESFUERZO EN PLANIFICACION FAMILIAR DE LAPHAM Y MAULDIN
MASFR	MARITAL AGE-SPECIFIC FERTILITY RATE	TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA DE ACUERDO A EDAD MATRIMONIAL
MCH	MATERNAL AND CHILD HEALTH	SALUD MATERNO INFANTIL
MIS	MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM	SISTEMA DE INFORMACION DE GESTION
NFP	NATURAL FAMILY PLANNING	PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL
OR	OPERATIONS RESEARCH	INVESTIGACION OPERATIVA
PSBR	PARITY SPECIFIC BIRTH RATE	TASA DE NATALIDAD POR PARIDAD ESPECIFICA
SDP	SERVICE DELIVERY POINT	PUNTO DE PRESTACION DE SERVICIOS

SCYP	STANDARD COUPLE-YEARS OF PROTECTION	AÑOS DE PROTECCION EN PAREJA ESTANDAR
TA	TECHNICAL ASSISTANCE	ASISTENCIA TECNICA
TFR	TOTAL FERTILITY RATE	TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL
UTFR	UNWANTED TOTAL FERTILITY RATE	TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL NO DESEADA
VSC	VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION	ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLOUNTARIA
WFS	WORLD FERTILITY SURVEY	ENCUESTA MUNDIAL DE FECUNDIDAD
WTFR	WANTED TOTAL FERTILITY RATE	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA

SIGLAS DE ORGANIZACIONES		
ACRONIMOS EN INGLES	SIGNIFICADO EN INGLES	SIGNIFICADO EN ESPAÑOL
APROFAM		ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA (GUATEMALA)
AID	AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT	AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL
CA	COOPERATING AGENCIES	AGENCIAS COLABORADORAS
CDC	CENTERS FOR DISEASE CONTROL	CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES
CEDPA	CENTER FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES	CENTRO DE DESARROLLO Y DE ACTIVIDADES PARA LA POBLACION
FHI	FAMILY HEALTH INTERNATIONAL	SALUD FAMILIAR INTERNACIONAL
IPPF	INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION	FEDERACION INTERNACIONAL DE PATERNIDAD Y MATERNIDAD PLANEADAS
NGO	NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATION	ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL (ONG)
RAPID	A.I.D. FUNDED RESOURCES FOR THE AWARENESS OF POPULATION IN DEVELOPMENT PROJECT	PROYECTO RAPID
SDWG	SERVICE DELIVERY WORKING GROUP OF THE EVALUATION PROJECT	GRUPO DE TRABAJO DE PRESTACION DE SERVICIOS DEL PROYECTO DE EVALUACION
UNFPA	UNITED NATIONS FAMILY PLANNING AGENCY	AGENCIA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS NACIONES UNIDAS
USAID	UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT	AGENCIA PARA EL DEARROLLO INTERNACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS