

Parte III.B
Planificación
Familiar y
Fecundidad

- Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar
- Índice para Ayudar a las Personas a Lograr sus Intenciones Reproductivas (HARI en inglés)
- Número de aceptantes que usan la anticoncepción moderna por primera vez
- Años protección pareja (APP)
- Mezcla de métodos
- Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA)
- Fuente de abastecimiento (por cada método)
- Tasas de continuación (TC)
- Necesidad no satisfecha de planificación familiar
- Deseo de hijos adicionales
- Tasa global de fecundidad deseada (TGFD)
- Tasas específicas de fecundidad por edad (TEFE)
- Tasa global de fecundidad (TGF)
- Tasa global de fecundidad no deseada (TGFND)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FECUNDIDAD

La evaluación de los programas está metodológicamente más adelantada para el área de planificación familiar que para cualquier otra área de la salud reproductiva, gracias a más de 30 años de esfuerzo dedicado y de sólido apoyo financiero hacia este trabajo. La evolución de las metodologías de evaluación se vio impulsada por varios factores. El marcado interés demográfico de los primeros programas de planificación familiar se puso de manifiesto en el monitoreo de los resultados en términos cuantitativos, como el número de aceptantes nuevos y el número de usuarios que siguen usando los métodos. La “desigualdad de peso” de los distintos métodos anticonceptivos (por ejemplo, un aceptante de condón frente a un aceptante de vasectomía) dio origen al índice de Años Protección Pareja (APP).

Los críticos y los escépticos de la planificación familiar fortalecieron los esfuerzos de evaluación sin darse cuenta. El acalorado debate que se suscitó en los años setenta con relación a la contribución relativa de los programas de planificación familiar frente a la contribución del desarrollo socioeconómico para reducir las tasas de fecundidad incitó a los investigadores a perfeccionar los métodos para demostrar el efecto independiente de la planificación familiar. Las calificaciones del índice de esfuerzo de los programas de planificación familiar (Lapham y Mauldin, 1984) fueron sumamente útiles para dicha investigación y, aunque el debate público se ha calmado, el desafío de demostrar la causalidad (es decir, el impacto de las intervenciones programáticas en los resultados) continúa siendo importante en el contexto de la evaluación de los programas de planificación familiar.

La Encuesta Mundial de Fecundidad (que se condujo de 1972 a 1984), se concentró primordialmente en los factores determinantes de la fecundidad, poniendo relativamente poca atención a la planificación familiar y a otros aspectos programáticos relacionados. En 1975, se condujo por primera vez la Encuesta de la Prevalencia de Anticonceptivos, como un proyecto piloto en El Salvador, diseñado para producir resultados más útiles en

términos programáticos, con períodos más cortos para medir los cambios observados. El instrumento que se utilizó en estas encuestas se fue perfeccionando hasta convertirse en la Encuesta de Demografía y Salud (DHS) y en la Encuesta de Salud Reproductiva (RHS), ambas con representatividad a nivel nacional, para cubrir a las mujeres (y cada vez más a los hombres) en edad reproductiva en los países en desarrollo (Robey et al., 1992). Las encuestas DHS y RHS se han convertido en las principales fuentes de datos para la evaluación de los programas de planificación familiar, y por la calidad de la información que producen, la estandarización de los temas del cuestionario principal, la disponibilidad de mediciones repetidas a lo largo del tiempo y la posibilidad para hacer comparaciones entre los países. Estas dos encuestas trascienden la planificación familiar y abarcan otros aspectos de salud materno infantil y maternidad segura que están relacionados. Además del cuestionario principal, la DHS ofrece 12 módulos opcionales, incluidos algunos con relevancia particular para la salud reproductiva (por ejemplo, la condición y el empoderamiento de la mujer, la violencia contra la mujer, la mutilación genital femenina, el VIH/SIDA y la mortalidad materna). La RHS ofrece una versión para adultos jóvenes y, en África últimamente, módulos para medir los comportamientos sexuales y las pruebas y consejería para el VIH.

Existen varios factores que facilitan la evaluación de los programas de planificación familiar. Primero, el “resultado intermedio”—el cambio de comportamiento deseado a nivel de la población—es un comportamiento aislado que se puede medir por medio del uso de métodos anticonceptivos (el que a nivel agregado mide la prevalencia anticonceptiva). Segundo, a pesar de que la planificación familiar es un tema sensible para muchos países (particularmente durante los primeros años de los programas), las mujeres están dispuestas y tienen la capacidad para reportar el uso de anticonceptivos con un alto nivel de precisión, siempre y cuando el entrevistador logre crear armonía y exprese la pregunta con la debida claridad. Tercero, el resultado intermedio de la prevalencia anticonceptiva está estrecha

(e inversamente) asociado a la fecundidad, que es un resultado clave de largo plazo (excepto en los países que tienen niveles altos de abortos). En conclusión, los evaluadores de planificación familiar tienen la suerte de contar con una variable de resultado que es sencilla, que se puede medir y que tiene validez. Las demás áreas de la salud reproductiva (con la posible excepción de la lactancia materna), presentan mayores desafíos metodológicos. No obstante, la evaluación de los programas de planificación familiar tiene algunos problemas específicos que mencionamos a continuación.

Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas de Planificación Familiar

- **Los métodos anticonceptivos tienen diferencias en términos de uso-eficacia, duración de la acción y probabilidad de uso continuado.**

Aunque todos los “métodos de programa”¹ pueden proteger contra un embarazo, algunos lo hacen mejor que otros. Por consiguiente, un programa que tiene un mayor porcentaje de usuarios de métodos de protección a largo plazo será más eficaz en la prevención de los embarazos que aquellos programas en que los usuarios seleccionan métodos menos eficaces. El índice de “Años Protección Pareja” (APP) se diseñó para abordar este aspecto, aunque también tiene ciertos problemas (que se discuten más adelante).

- **Los datos de las encuestas grandes producen las estimaciones más confiables del uso de anticonceptivos, pero tienen sus propias limitaciones.**

Los datos de las encuestas DHS/RHS son de gran utilidad para seguir las tendencias de los datos a nivel nacional, pero tienen tres limitaciones importantes: Primero, las encuestas se hacen sólo cada tres a cinco años (si es que se llegan a eso). Segundo, los datos no producen resultados precisos para las subáreas geográficas en la mayoría de los países (por ejemplo, los distritos, las provincias) y ese es el nivel al que los gerentes de los programas suelen necesitar la información. Tercero, la conducción y el análisis de este tipo de encuesta de gran escala tiene un costo muy elevado, lo que ha ocasionado que algunos países cuestionen la factibilidad de continuar financiándolas, especialmente si no hay financiamiento disponible de parte de los donantes. Debido a estas limitaciones, cada

vez es más frecuente utilizar las estadísticas del programa, como el número de aceptantes y los APP, para los fines de monitoreo rutinario de los programas de planificación familiar.

- **Para demostrar el impacto de los programas de planificación familiar en el uso de anticonceptivos de un país, se necesita algo más que un simple seguimiento de la prevalencia de anticonceptivos a lo largo del tiempo.**

A muchos de los que trabajan en planificación familiar les gustaría pensar que: “Si la prevalencia de anticonceptivos aumenta, el programa debe ser eficaz.” Sin embargo, hay otros factores independientes al programa que pueden haber contribuido a esos incrementos. Para evaluar el progreso de un programa de planificación familiar que opera a nivel nacional, no se pueden hacer experimentos de campo con un grupo control para demostrar lo que hubiera sucedido en ausencia del programa. El desafío individual más grande que ha afrontado la evaluación de los programas de planificación familiar durante la última década ha sido el asunto de establecer la atribución (Para una descripción completa del tema y de los métodos propuestos para abordarlo, se refiere al lector a Bertrand, Magnani, y Rutenberg, 1996, Capítulo IV). La metodología de la evaluación se ha perfeccionado más para la planificación familiar que para las otras áreas de salud reproductiva, en parte también porque se dispone de un indicador de resultados válido y medible por medio de las encuestas tipo DHS. Sin embargo, es raro lograr establecer en definitiva la causa y el efecto en la evaluación de programas de planificación familiar.

- **La variable del resultado a largo plazo para los programas de planificación familiar ya no es tan clara ni definida.**

Antes de la Conferencia del Cairo de 1994, una de las principales metas de los programas de planificación familiar—particularmente en Asia—era reducir la fecundidad, un indicador confiable y relativamente fácil de medir. Muchos gobiernos a nivel mundial continúan rastreando la fecundidad como el resultado deseado para los programas de planificación familiar, pero muchos programas están replanteando la planificación familiar dentro del contexto más amplio de la salud reproductiva, como un derecho reproductivo o una intervención de salud. Hasta este momento no existe una medida

estandarizada ampliamente aceptada para estos resultados alternativos pero, para llenar este vacío, se ha propuesto el Índice para Ayudar a las Personas a Lograr sus Intenciones Reproductivas, que se conoce en inglés como el Índice HARI* [Jain, 1995; Jain, 2001]), pero su uso no se ha generalizado todavía. En conclusión, el campo de la planificación familiar se ha alejado del enfoque unilateral en la fecundidad, pero aún no ha surgido un indicador alternativo que refleje los aspectos de salud y derechos reproductivos.

La mayoría de los indicadores de esta sección se tomaron directamente del *Manual de Indicadores para Evaluar los Programas de Planificación Familiar* (Bertrand, Magnani, y Knowles, 1994), lo que sugiere que desde entonces han habido pocos cambios en los indicadores básicos para evaluar los productos y el resultado de los programas de planificación familiar. No obstante, hemos reducido el total de indicadores de planificación familiar y fecundidad, de 35 a 13, conservando los que han demostrado ser más útiles para evaluar los programas a nivel del campo.

* *Helping Individuals Achieve their Reproductive Intentions.*

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**Definición**

Este indicador es una calificación numérica (que va de 0-120) para medir la fortaleza del programa nacional de planificación familiar de un país, en cuatro aspectos o dimensiones (las políticas y las actividades que configuran el entorno político; los servicios y las actividades relacionadas con los servicios, la evaluación y el mantenimiento de datos y registros; y la disponibilidad y el acceso a los suministros y a los servicios para controlar la fecundidad). La calificación tiene un rango potencial de 0 a 120 puntos, basados en la asignación de 0 a 4 puntos para cada uno de los 30 elementos.

Datos Requeridos

Las respuestas de los informantes clave seleccionados a un cuestionario detallado (representantes del Ministerio de Salud de la asociación afiliada a la IPPF o de otra ONG; los consultores internacionales que conocen el país y otras personas con experiencia)

Fuente(s) de Datos

Un cuestionario diseñado explícitamente para este propósito y completado por un promedio de cuatro a seis personas por país (en los casos extremos las personas entrevistadas pueden oscilar entre 1-12). Los elementos han permanecido consistentes durante las cuatro rondas en que se han recopilado estos datos.

Propósito y Temas a Considerar

El propósito del Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar es evaluar la fortaleza de los programas en todo el mundo y medir cambios a lo largo del tiempo. El índice intenta medir el esfuerzo (insumo) que hace el programa de planificación familiar, y no los resultados logrados. Estos datos se han recopilado en cinco ciclos distintos en el transcurso de 27 años, de 1972 a 1999. El cuestionario consiste en unas 125 preguntas con relación a 30 dimensiones del esfuerzo del programa. Los investigadores convierten las respuestas en calificaciones individuales (que oscilan de 0 a 4 puntos) para cada uno de los 30 elementos, utilizando un conjunto de reglas establecido.

El Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar sirve para varios propósitos importantes:

1. Permite hacer comparaciones entre los programas de planificación familiar de distintos países, en diferentes fechas durante los últimos 27 años;
2. Sigue la evolución del programa de planificación familiar de un país específico a lo largo del tiempo;
3. Mide los insumos del programa de planificación familiar independientemente de los resultados (como la prevalencia de anticonceptivos o la fecundidad), siendo esto lo que se ha utilizado para analizar la importancia relativa de los programas de planificación familiar frente a los factores sociales y económicos para reducir las tasas de fecundidad a nivel mundial (Lapham y Mauldin, 1984; Mauldin y Ross, 1991; Ross y Mauldin, 1996; Ross y Stover, 2001).

Este índice le sirve primordialmente a los investigadores y a los representantes de las agencias donantes, así como a las personas que están interesadas en entender los programas de planificación familiar en el contexto internacional. Aunque señala las áreas que tienen fortalezas y debilidades en un programa nacional, este índice no ha sido la herramienta preferida por los gerentes de los programas a nivel nacional para identificar las maneras adecuadas de mejorarlos. En efecto, el Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar se ha utilizado principalmente para fines de investigación, en contraste con otras medidas e instrumentos (como el APP, la prevalencia anticonceptiva, las encuestas DHS y RHS y el análisis de situación) que conocen y utilizan en gran medida los gerentes de los programas de planificación familiar en los países en desarrollo.

A este índice se le han hecho dos críticas importantes: Primero, algunos críticos consideran que una muestra de cuatro a seis informantes clave por cada ciclo de recopilación de datos no es adecuada para captar adecuadamente la complejidad de los programas nacionales de planificación familiar; a algunos países

se les ha calificado utilizando los datos de tan solo una o dos personas entrevistadas. Segundo, muchos argumentan que las respuestas de los informantes clave están sesgadas porque estos conocen los resultados más importantes (el uso de anticonceptivos y la reducción de la fecundidad). Es decir, si la prevalencia de anticonceptivos es alta, los entrevistados inconscientemente dan una calificación alta a la disponibilidad de los métodos, asumiendo que ambos van de la mano. En pocas palabras, aunque el índice pretende medir los insumos, las respuestas están sesgadas al conocerse los resultados.

A pesar de estas limitaciones, el Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar representa una valiosa fuente de información para la comunidad internacional de salud reproductiva. Es la única fuente de datos representativa para medir los insumos, utilizando un conjunto de preguntas estándar entre los distintos países a lo largo del tiempo. Los resultados del Índice de Esfuerzo del Programa generalmente han coincidido con otras evaluaciones cualitativas con relación a “qué tan bueno es un programa de planificación familiar” en un país específico. Por ejemplo, la calificación indica que, en 1972, una cuarta parte de la población mundial vivía en países que tenían programas muy débiles de planificación familiar, o que no tenían programas. Sin embargo, a partir de 1999, ningún país del mundo cae dentro de esa categoría. A la inversa, el porcentaje de la población mundial que vive en países con programas fuertes de planificación familiar, aumentó de 36 por ciento en 1972 a 68 por ciento en 1999 (Ross y Stover, 2001). Es curioso que

algunos de los programas más fuertes de planificación familiar a nivel mundial (por ejemplo, China y la República de Corea) tuvieron una baja en el último ciclo de recopilación de datos, lo que aparentemente se debe a que las normas establecidas con relación a las familias pequeñas y el uso de anticonceptivos dejaron de requerir el tipo de iniciativa agresiva de los programas de planificación familiar en los años anteriores.

La mayoría de los indicadores de este Compendio se incluyen para motivar a los evaluadores y a los investigadores a recopilar los datos necesarios para utilizarlos. En contraste, la recopilación de los datos para el Índice de Esfuerzo de Programa de Planificación Familiar la lleva a cabo un pequeño equipo de investigadores que viven en los Estados Unidos (que ha incluido a Bernard Berelson, Robert Lapham, Parker Mauldin, Jon Ross, y John Stover, a lo largo de los distintos ciclos), utilizando un instrumento estandarizado para todos los países. Existen otras validaciones del Índice de Esfuerzo del Programa de PF que están disponibles por medio de Mauldin y Ross, quienes comprobaron, en un estudio de caso para investigar específicamente la comparabilidad de las mediciones, que las calificaciones basadas en el “juicio” de los informantes clave eran relativamente consistentes con otras mediciones más directas de los distintos componentes (Mauldin et al., 1995). El Índice es útil para la comunidad internacional de salud reproductiva, porque ofrece datos de esta naturaleza para uso secundario, y no como el tipo de información rutinaria que recopilan los gerentes de los programas con el propósito de mejorarlos.

ÍNDICE HARI*—AYUDANDO A LAS PERSONAS A LOGRAR SUS INTENCIONES REPRODUCTIVAS

Definición

La eficacia de los programas de planificación familiar desde la perspectiva del cliente para lograr exitosamente las intenciones reproductivas, y no desde la perspectiva de los indicadores con orientación más demográfica, como la prevalencia de anticonceptivos o la tasa global de fecundidad (TGF)

El índice abarca dos componentes: El logro de las intenciones reproductivas de una persona y la prevención de los serios problemas de salud reproductiva asociados con el esfuerzo que hace una persona para lograr las intenciones reproductivas que ha manifestado (Jain, 2001).²

Datos Requeridos

Los autoreportes de las mujeres en edad reproductiva con relación a la siguiente información:

- Sus intenciones reproductivas y el uso de anticonceptivos en dos o más fechas y la ocurrencia de algún embarazo o nacimiento en el íterin;
- Su condición de arrepentimiento por haberse esterilizado; y
- Observación de algún problema serio de salud reproductiva en el íterin, asociado con un embarazo o con la anticoncepción.

Fuente(s) de Datos

Una encuesta con el modelo panel con dos rondas de recopilación de datos para la misma muestra de personas encuestadas (ideal para calcular el logro de las intenciones reproductivas de las **personas**); encuestas de corte transversal (posibles, pero todavía no han sido validadas en la literatura que se ha publicado)

Propósito y Temas a Considerar

En coincidencia con las metas establecidas en la CIPD de El Cairo en 1994, este indicador amplía la esfera de acción de los programas de planificación familiar para incorporar los servicios de salud reproductiva.

Tradicionalmente, los programas de planificación familiar se han evaluado en términos del uso de anticonceptivos y de la disminución de la fecundidad, pero el objetivo de muchos programas actuales es ayudar a las personas a lograr sus intenciones reproductivas de la manera más saludable.

Jain propuso el Índice HARI en 1994, pero hasta la fecha de su artículo de 2001, ninguna persona había publicado nada sobre los resultados de alguna validación del indicador. La experiencia en el uso de este indicador se limita a esta única encuesta con el modelo panel realizada en Perú, que consistió en dos rondas de recopilación de datos con 29 meses de diferencia. Las preguntas estándar de la DHS se ampliaron levemente para obtener información en mayor profundidad con relación a la experiencia personal con una esterilización y a los problemas potenciales de la infertilidad. En la segunda ronda se añadieron algunas preguntas adicionales para recopilar información retrospectiva sobre los problemas de salud reproductiva que las mujeres pudieran haber experimentado en el íterin. Aunque este indicador es relativamente nuevo, lo incluimos en el *Compendio* porque es uno de los pocos indicadores que trata de captar las metas de reproducción elegida expresadas en la conferencia de El Cairo.

Los dos componentes del HARI se podrían medir por separado, pero la ventaja potencial de utilizar un indicador combinado es atraer la atención de los investigadores, de los proveedores de servicio y de los gerentes de los programas hacia ambos elementos. En la aplicación del índice HARI, los problemas serios de salud asociados a la anticoncepción y al embarazo tienden a contribuir menos al resultado que los embarazos no deseados o inoportunos; pero estos son problemas, desde la perspectiva de la persona, sumamente importantes. El índice HARI tiene varias fortalezas. Primero, en coincidencia con la agenda de

* Por las siglas del nombre del indicador en inglés: “*Helping Individuals Achieve their Reproductive Intentions*” (HARI).

² La descripción de este indicador se sacó en gran medida del artículo escrito por Anrudh Jain (2001).

El Cairo, mide el éxito o el fracaso de un programa en lograr las intenciones de SR desde la perspectiva del usuario. Segundo, un programa se considera exitoso si la mujer tiene un embarazo deseado y oportuno. Tercero, el programa se considera exitoso si la mujer evita un embarazo no deseado o inoportuno, sin importar si usó anticonceptivos o visitó los establecimientos para prevenir los embarazos no deseados. El índice refleja la realización de las intenciones reproductivas de una mujer conforme a lo que ella manifestó en la encuesta, con lo que el índice supera el problema del uso clandestino o no reportado de anticonceptivos que se ha llegado a identificar en algunos ámbitos. Además, el índice llama la atención a la necesidad de desplazar el enfoque actual de disminuir los embarazos deseados, hacia uno de evitar los problemas serios de salud reproductiva, al diseñar programas de PF.

Esta aplicación actual del índice tiene varias limitaciones potenciales. Primero, hay un traslape considerable entre los dos componentes del HARI, es decir: el logro de las intenciones reproductivas de la persona y la prevención de problemas serios de salud asociados a los esfuerzos que la persona hace para lograr sus intenciones reproductivas. En estos términos, la cifra por sí sola no refleja adecuadamente las razones por las que las mujeres no lograron sus intenciones reproductivas de manera saludable, aunque la presentación de los datos por cada uno de los subcomponentes resuelve esta deficiencia sin mayores problemas.

Segundo, el Índice HARI se aplica mejor en el contexto de una encuesta con el modelo panel (es decir, con las mismas personas encuestadas en las dos rondas de datos). Las encuestas con el modelo panel producen una estimación más precisa del componente que se refiere al logro de las intenciones reproductivas de la persona, pero es raro que este tipo de encuestas se lleven a cabo en los países en desarrollo. Los elementos que se relacionan con las intenciones reproductivas y la condición de “deseo” de los embarazos o de los nacimientos son preguntas estándar en las encuestas demográficas. Sin embargo, las que se refieren a las consecuencias de salud relacionadas con el embarazo y con la anticoncepción no lo son (el menos en las encuestas tipo DHS, RHS). Los evaluadores podrían calcular este indicador con los datos de las encuestas grandes de corte transversal, si se incluyen estas preguntas en ese tipo de encuestas de SR.

Tercero, cada uno de los componentes del HARI recibe la misma ponderación. Por ejemplo, tener nacimientos no deseados cuenta lo mismo que sufrir un problema de salud reproductiva o un embarazo no deseado. Además, una mujer que no logra sus intenciones de salud reproductiva con base en los dos componentes de la calificación (por ejemplo, que tiene un embarazo no deseado y una hospitalización por las complicaciones de un aborto), puede recibir la misma calificación en el HARI que una mujer que fracasó en solo uno de los componentes. Por otra parte, el índice no ha sido ajustado para el caso de posibles cambios en las intenciones reproductivas, ni tampoco para el de la entrega o el uso inadecuado de algún método reversible. El HARI podría ajustarse utilizando ponderaciones distintas para las mujeres que tienen problemas distintos, y tomando tanto la provisión como el uso inadecuado de un anticonceptivo como una falla, siempre y cuando se recoja esta información.

Por último, la aplicación actual del HARI no puede valorar la importancia relativa del conjunto más grande de problemas de salud reproductiva que señala el Programa de Acción de la CIPD. Poco se ganaría con incorporar indicadores bien establecidos de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad materna en el HARI. El cáncer de mama o el cáncer cervical, por ejemplo, son demasiado raros como para ser captados en una encuesta de este tipo. El progreso de las acciones preventivas se puede monitorear por medio de los indicadores del proceso, como el porcentaje de mujeres que visitan las clínicas y que reciben información sobre el auto examen de mama, o que se hacen una mamografía o un papanicolaou en el momento oportuno. El HARI incorpora un conjunto más pequeño pero importante de problemas de salud reproductiva asociados al embarazo y a la anticoncepción, y podría incorporar otras morbilidades reproductivas importantes (por ejemplo, las infecciones del tracto reproductivo y las ITS), a medida que se van logrando avances para identificar este tipo de problemas cuando no se dispone de pruebas de laboratorio.

Indicador

NÚMERO DE ACEPTANTES QUE USAN ANTICONCEPCIÓN MODERNA POR PRIMERA VEZ

Definición

El número de personas que aceptan por primera vez en su vida algún método anticonceptivo (de programa); reportado para un período de referencia específico (por ejemplo, un año)

Datos Requeridos

Los recuentos de las personas que aceptan algún método (de programa) por primera vez en su vida durante un período de un año

Fuente(s) de Datos

Las estadísticas de los servicios; las encuestas (posibles, pero poco comunes)

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide la capacidad del programa para atraer a sus servicios a clientes nuevas que pertenecen a segmentos de la población con los que no se había establecido contacto. La medida elimina el problema de contar como “nuevas” a las clientes que cambian de una fuente a otra por razones de conveniencia o de costo. Como indicador, también puede reflejar el éxito de ciertos programas especiales de comunicación o de otras intervenciones (por ejemplo, los proyectos de mercadeo social), dirigidas a incrementar la utilización de los servicios entre las personas que el programa no había logrado captar. Sin embargo, en este último caso se debe tener en mente que algunos de estos aceptantes nuevos podrían haber obtenido el mismo u otro método de una fuente alternativa (por ejemplo, del sector farmacéutico no subsidiado) si la intervención especial no hubiera ocurrido.

Los “métodos de programa” se refieren a los métodos disponibles a través de los programas establecidos de planificación familiar, tales como: la píldora, los DIU, el implante NORPLANT, los métodos inyectables, el condón, los espermicidas, el diafragma,

la ligadura de trompas, la vasectomía y el método de lactancia-amenorrea si se usa bajo la supervisión del programa. Por lo tanto, una mujer joven que antes obtenía condones en la farmacia no es una aceptante nueva, pero una cliente que hasta la fecha dependía del método de retiro sí es una aceptante nueva, porque el retiro no es un método de programa.

El Número de Aceptantes Nuevas a la Anticoncepción Moderna, definido como la primera vez que una persona usa algún método en su vida, reduce la ambigüedad asociada con el término más general de “aceptante nueva” y evita la duplicación de casos que puede ocurrir cuando se sustituye un método por otro.

Los evaluadores también pueden obtener este indicador de los datos de las encuestas (por ejemplo, del “calendario” que se utiliza en la DHS o de otros instrumentos de recopilación de datos para obtener las historias del uso de anticoncepción en retrospectiva). Además, las encuestas permiten incluir los métodos que no son de programa. No obstante, las encuestas muy pocas veces se usan para producir datos con relación a los aceptantes de PF, ya que, en el contexto de las encuestas, el uso total actual puede ser más interesante para las personas que interpretan los datos que el “nuevo uso.”

El personal del programa (incluido el personal de evaluación) puede desagregar las estadísticas de los servicios por las variables clave (edad, sexo, paridad, lugar de residencia, etnia u otros factores que se consideren relevantes en el contexto del país) para obtener un perfil sociodemográfico de la población compuesta por clientela. Esta información es útil para rastrear cambios en la composición de la clientela a lo largo del tiempo y para definir si los programas orientados a cubrir a algunos subgrupos específicos efectivamente lo están logrando.

AÑOS PROTECCIÓN PAREJA (APP)

Definición

La estimación de la protección provista por los servicios de planificación familiar durante un período de un año, con base en el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos sin cobro a los clientes durante ese período

El APP se calcula multiplicando la cantidad de cada método distribuido a los clientes por un factor de conversión para producir una estimación de la duración de protección anticonceptiva provista por cada unidad del método en cuestión (Wishik y Chen, 1973; Stover, Bertrand, y Shelton, 2000). Luego se suman los APP de todos los métodos para obtener una cifra del total de APP.

El Proyecto EVALUATION tuvo a su cargo hacer una revisión exhaustiva de la literatura y de los datos empíricos disponibles con relación a una serie de variables que conforman los supuestos subyacentes del cálculo de los APP. Con base en este análisis, los investigadores recomendaron un nuevo conjunto de factores de conversión para el APP (descrito en Stover, Bertrand y Shelton, 2000). La USAID aceptó este conjunto de factores recomendado, pero lo “armonizó” con el anterior conjunto de factores de conversión (es decir, retuvieron los viejos factores cuando eran muy similares a los nuevos para minimizar la desorganización de los sistemas de recopilación de datos a nivel mundial). La USAID publicó entonces un conjunto de factores de conversión levemente modificado, que es el que utiliza el sistema de la USAID desde 1997. Los factores de conversión para los APP aprobados por la USAID son los siguientes:

Método:	APP Por Unidad
Anticonceptivos Orales	<i>15 ciclos por APP</i>
Condomes	<i>120 unidades por APP</i>
Tabletas/espumas vaginales	<i>120 unidades por APP</i>
DepoProvera (inyectable)	<i>4 dosis (ml) por APP</i>
Noristerat (inyectable)	<i>6 dosis por APP</i>

DIU "T" de Cobre 380-A	<i>3.5 APP por DIU insertado</i>
Implante NORPLANT	<i>3.5 APP por implante</i>
Esterilización (masculina o femenina)	<i>9 APP por procedimiento (valor global por aproximación)*</i>
Planificación Familiar con Métodos Naturales	<i>2 años por aceptante capacitado, confirmado</i>
Método de Lactancia-Amenorrea (MELA)	<i>4 usuarias activas por APP</i>

* Nota: Existen diferencias notorias en los APP para una esterilización por país y por región (con base en las diferencias de la edad promedio al hacerse una esterilización), por lo que los países deben usar el valor promedio calculado para su región (asumiendo que los datos nacionales de la edad al momento de esterilizarse coinciden con los de la región). Los valores regionales para una esterilización son:

• Asia	10 APP
• América Latina	10 APP
• África	8 APP
• Cercano Oriente	8 APP
• África del Norte	8 APP

A los programas que quieran usar las estadísticas específicas para cada país, se les refiere al informe de Stover, Bertrand, y Shelton (2000) para el APP apropiado.

Al final de la sección de puntos a considerar de este indicador se presenta un cómputo ilustrativo de este indicador.

Datos Requeridos

Las cantidades de ciclos de píldoras, condones y espermicidas distribuidos a los clientes; la cantidad de DIU y de implantes NORPLANT insertados, el número de inyecciones administradas; el número de procedimientos de esterilización realizados; el número de clientes capacitados y confirmados para los métodos naturales de PF; el número de clientes para el MELA durante el período de referencia.

Fuentes(s) de Datos

Las estadísticas de los servicios o los informes del sistema de información para la administración logística (SIAL)

Propósito y Temas a Considerar

El APP mide el volumen de las actividades del programa. Los gerentes de los programas y las agencias donantes lo utilizan para monitorear el progreso del sistema de Provisión de los Servicios anticonceptivos a nivel del programa y del proyecto. Tanto la USAID como la IPPF suelen pedir a las organizaciones que reciben su apoyo que reporten el índice APP, por lo que actualmente es uno de los indicadores del producto que más se utiliza en los programas internacionales de planificación familiar.

El indicador tiene varias ventajas:

- Se puede calcular con los datos recopilados rutinariamente por los programas o por los proyectos, minimizando así la carga de recopilación de datos;
- Estos datos se pueden obtener para todos los sistemas de Provisión de Servicios (clínicas, distribución comunitaria, mercadeo social/comercial);
- El cálculo de APP es relativamente fácil de hacer.

Las principales desventajas del indicador son que:

- No es fácil de comprender por personas ajenas al campo;
- No se puede definir el número de personas que representa el APP. Por ejemplo, si un programa pone 10,000 inyecciones de DepoProvera, esta cantidad equivale a 2,500 APP. En teoría, esta cifra representa a 2,500 mujeres protegidas durante 12 meses cada una; sin embargo, podría referirse a 5,000 mujeres cubiertas durante 6 meses cada una, o a 10,000 mujeres cubiertas durante 3 meses cada una;
- La validez de los supuestos subyacentes de la selección de factores de conversión es discutible.

En cuanto al cálculo de APP para los métodos a largo plazo, la mayoría de los programas “acreditan” la cantidad completa de APP al año calendario en el que el cliente aceptó el método. Por ejemplo, si un programa

de planificación familiar hizo 100 intervenciones de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en un año específico, acreditará los 1000 APP (100 procedimientos x 9 años cada uno) a ese año calendario, aunque la protección de dichos procedimientos se cumplirá para ese y para los siguientes nueve años. Un enfoque alternativo es dividir por años esta proyección, distribuyéndola a lo largo de un período de nueve años. Este mismo principio aplica a los DIU y al implante NORPLANT. Aunque muchos han criticado el primer enfoque (es decir, de acreditar la cantidad completa de APP al año calendario de aceptación), es el que representa lo que la mayoría de programas que reportan el APP hace en la práctica, probablemente porque esta aplicación es más fácil de hacer.

Idealmente, los APP deben calcularse sobre la base del volumen de anticonceptivos que se entregan a los clientes que se supone los van a usar, y no de los que se entregan a los establecimientos en los que podrían quedarse guardados en los estantes sin utilizar. En proyectos como los que hacen mercadeo social, probablemente es imposible monitorear las cantidades exactas que llegan a manos de los clientes; y la única forma de calcular los APP es sobre la base de los anticonceptivos que se entregan a los minoristas, siendo poco probable que estos se abastezcan con productos que tienen poco movimiento, por lo que seguramente (después de un embarque inicial) la mayoría de anticonceptivos que se venden a los minoristas llegarán a manos de los consumidores aunque, en casos como este, sea necesario que las personas que preparan los informes de APP aclaren este detalle para los usuarios de la información.

Cómputo Ilustrativo		
APP, con base en los factores de conversión que se presentan en el texto		
Método	Cantidad	APP
Anticonceptivos		
Orales	5,022	334.8
DIU	87	304.5
Condomes	62,810	523.4
Tabletas vaginales	3,900	32.5
Ligadura de trompas	13	117.0
DepoProvera	1,277	319.3
TOTAL		1631.5

Definición

La distribución porcentual de los usuarios de anticonceptivos (o alternativamente, de los aceptantes) por cada método

Datos Requeridos

El número de usuarios (o aceptantes) por cada método

Fuente(s) de Datos:

Las estadísticas de los servicios (a nivel del programa) o las encuestas tipo DHS (a nivel de la población)

Propósito y Temas a Considerar

La mezcla de métodos presenta un perfil del nivel de uso relativo de los distintos métodos anticonceptivos. La existencia de una amplia gama de métodos en la mezcla sugiere que la población tiene acceso a distintos métodos anticonceptivos. Si ocurre lo contrario, es decir, si son pocos los métodos que se ofrecen, esto puede indicar: (1) Sesgo del proveedor, cuando hay un método demasiado preferido y se excluyen otros; (2) preferencias de los usuarios; o (3) ambos.

La mezcla de métodos suele cambiar cuando se introduce un nuevo método al país (por ejemplo, la inyección) o cuando un método no está disponible por algún desabastecimiento. Además, cambia cuando aumenta la necesidad de algún método que proteja también contra las ITS (es decir, condones) y por las preferencias de los usuarios. Los datos de la mezcla de métodos señalan estos cambios, pero no analizan las razones para hacerlos, por lo que los evaluadores pueden usar métodos cualitativos de investigación para comprender mejor los motivos que los clientes tienen para cambiar de método.

Debido a los problemas asociados al monitoreo del número de los usuarios actuales con base en las estadísticas de los servicios, la mezcla de métodos se suele calcular con base en el número de aceptantes y no en el número de usuarios continuos cuando la medición se hace al nivel del programa. Los dos métodos

producen distribuciones distintas, porque los datos de los usuarios reflejan la acumulación de los métodos de larga duración de años anteriores.

Es normal que haya algunas discrepancias entre la mezcla de métodos calculada con los datos del programa frente a la que se calcula con datos de las encuestas, aun en los programas que tienen datos confiables. (Esto se debe a que las estadísticas a nivel del programa reflejan la actividad observada durante el año calendario en estudio, mientras que los resultados de las encuestas incluyen a los usuarios continuos de métodos de larga acción, que aceptaron el método en años anteriores y que no han necesitado o decidido regresar a la clínica durante el año calendario en estudio). Además, es probable que los datos de las encuestas incluyan a los métodos folklóricos, a los métodos que no son de programa (por ejemplo, el retiro) y a los métodos de programa que también están disponibles de otras fuentes ajenas al programa (por ejemplo, los anticonceptivos orales en las farmacias).

En el caso de la mezcla de métodos, no se trata de definir cuál es la mejor fuente de datos, si a nivel del programa o a nivel de la población, ya que ambas proyectan las necesidades futuras de un país. Muchos evaluadores consideran que los datos de una encuesta son más confiables para definir las preferencias por algún método específico, ya que incluyen a los clientes del sector público y a los del sector privado, además de a usuarios de los métodos que no son de programa, como el de retiro. Sin embargo, no se debe olvidar que el coeficiente de variación puede ser amplio en los datos de una encuesta (por ejemplo, la DHS o la RHS) afectando la estabilidad de la estimación, particularmente cuando el porcentaje de uso de algún método en particular es muy bajo. Por último, los datos de una encuesta y las estadísticas del servicio pueden mostrar diferencias debido a la inflación de las estadísticas de los servicios, a pérdidas en el sistema o a la venta de productos fuera del territorio objetivo del programa (por ejemplo, en fronteras distintas).

A pesar de que se habla mucho con relación a la mezcla de métodos, hay relativamente poca investigación publicada sobre lo que constituye una mezcla de métodos conveniente, con excepción de la de Hutchings, Perkin y Saunders (1987) y la de Potter (1999). Los médicos suelen considerar que el programa debe responder a las necesidades cambiantes de la población en el transcurso de las distintas etapas del ciclo reproductivo y que deben ofrecer métodos reversibles para las personas que desean espaciar los embarazos y métodos permanentes para las que han completado el

tamaño de familia que desean tener; por lo tanto, son objeto de crítica los programas que no ofrecen métodos permanentes, o a los que ponen demasiado énfasis en ellos. De cualquier forma, dentro de la categoría de métodos reversibles, la distribución de aceptantes por tipo de anticonceptivo varía según la disponibilidad, los costos, las preferencias locales y otros factores específicos de cada método, por lo que resulta difícil generalizar con relación a la mezcla de métodos deseada.

Implicaciones de Género de este Indicador

La mezcla de métodos anticonceptivos puede ser una indicación del balance de género en la responsabilidad anticonceptiva en un país o en un programa. A nivel mundial, aunque la vasectomía es más segura y menos costosa está mucho menos disponible y se usa menos que la esterilización femenina. Aproximadamente un tercio de los usuarios de anticoncepción recurren a la esterilización femenina, mientras que solamente siete por ciento usa la vasectomía. En la India, la razón de 35 esterilizaciones femeninas sobre 1 vasectomía sugiere que el programa tiene fuertes sesgos hacia la responsabilidad femenina en la anticoncepción. En muchas regiones del África subsahariana, la vasectomía apenas se conoce. El condón, el ritmo y el método del retiro requieren también la participación o responsabilidad del hombre, por lo que una de las metas de los esfuerzos por involucrar a los hombres como compañeros en la planificación familiar y en la salud reproductiva, es fomentar mayor equidad de género en la práctica anticonceptiva.

Indicador

TASA DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS (TPA)

Definición

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuyo compañero utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento, reportada casi siempre para las mujeres casadas o en unión sexual

Por lo general, la medición abarca todos los métodos anticonceptivos (modernos y tradicionales), pero puede abarcar únicamente a los métodos modernos.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres en edad reproductiva (casadas o en unión) que utilizan un método anticonceptivo}}{\text{\# total de mujeres en edad reproductiva (casadas o en unión)}} \times 100$$

Cómputo Ilustrativo

Por ejemplo, la DHS para Perú (2000) produjo los siguientes datos sobre la tasa de prevalencia de anticonceptivos, entre mujeres de 15-45 años de edad:

Todas las mujeres:	Mujeres actualmente casadas o en unión:
TPA= 12,240/27,843	TPA = 10,764/15,628
=0.440 x 109	= 0.689 x 100
=44.0	= 68

Fuente de datos: Encuesta de Demografía y Salud de Perú, 2000

Datos Requeridos

La cantidad total de mujeres en edad reproductiva, según su situación conyugal; y de ellas, la cantidad que actualmente está utilizando un método anticonceptivo

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

La TPA proporciona una medición del uso de anticonceptivos a nivel de la población, tomando en cuenta todas las fuentes de abastecimiento y todos los métodos anticonceptivos; ésta es la medida del resultado que se reporta con mayor frecuencia en los programas de planificación familiar a nivel de la población.

Técnicamente hablando, la TPA es una razón y no una tasa. La prevalencia se mide por medio de una razón y la incidencia por medio de una tasa. La prevalencia de anticonceptivos mide el porcentaje de mujeres en edad fértil, casadas o en unión, que utilizan alguna forma de anticoncepción durante un período específico. Para obtener una tasa efectiva del uso de anticonceptivos, el denominador debe reflejar a toda la población en riesgo (de embarazo), es decir, a las mujeres sexualmente activas, que no son infértiles y que no están embarazadas o amenorréicas. El numerador debe reflejar al número de usuarias de anticonceptivos dentro de ese segmento de la población. Nota: Este punto lo incluimos únicamente para fines de información. La comunidad internacional que trabaja en el área de población utiliza el término “tasa de prevalencia de anticonceptivos” tal como quedó definida, por lo que, para garantizar la consistencia, este *Compendio* aprueba dicha práctica.

Lo que se ha acordado para reportar la prevalencia anticonceptiva es basar este cálculo en las mujeres casadas o en unión sexual (aunque la mayoría de las encuestas tipo DHS pregunta sobre el uso de anticonceptivos a las mujeres en edad reproductiva, sin importar su situación conyugal). En los países en que las mujeres tienen relativamente poca actividad sexual fuera del matrimonio, el cálculo de la prevalencia basado en las mujeres en unión sexual cubre a la población que está en riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países en que la actividad sexual fuera del matrimonio o fuera de las uniones sexuales estables es una práctica generalizada, la prevalencia que se estima únicamente con base en las mujeres unidas omite a un porcentaje considerable de usuarias actuales. Por lo tanto, los investigadores y los evaluadores de los programas suelen

reportar el porcentaje de mujeres sexualmente activas, que no están casadas o unidas y que actualmente usan anticoncepción, además de la prevalencia anticonceptiva como se acostumbra hacer, porque la mezcla de métodos es muy distinta para las casadas que para las que no están casadas (en/no en una unión estable).

En teoría, los evaluadores pueden derivar la TPA del número de usuarias actuales y de las estimaciones de la población en riesgo de embarazo de los datos de las estadísticas del servicio, pero la práctica actual consiste en confiar en las encuestas demográficas, para minimizar los problemas relacionados con el mantenimiento de un recuento preciso y continuo de las usuarias actuales y de las estimaciones precisas de la población. (Entre los problemas que se suelen encontrar, para mencionar los principales, figuran los datos incompletos, la duplicación del recuento de las usuarias que entran al sistema de provisión de servicios más de una vez, la inflación intencional de las estadísticas del servicio y la baja calidad de los datos debido a otras actividades que compiten por la atención de las personas que registran la información).

Las encuestas DHS y RHS son por ahora las principales fuentes para obtener las estimaciones de la prevalencia a nivel nacional. Como se mencionó en la Parte I, “DHS” se usa en este *Compendio* para referirse a las “encuestas tipo DHS” que incluyen: la propia DHS, las encuestas RHS conducidas con el apoyo técnico de CDC y otras encuestas nacionales grandes conducidas por los países mismos bajo otros auspicios (por ejemplo, en Argelia, Bangladesh, China, Costa Rica, Cuba, Hong Kong, India, Singapur, África del Sur, Corea del Sur, Taiwán, Turquía, y Vietnam). Para calcular la TPA también se pueden usar encuestas más pequeñas y/o estudios enfocados en un tema específico, siempre y cuando se usen los métodos de muestreo basados en las probabilidades, lo cual es el ingrediente esencial para obtener las estimaciones científicamente estables. Los evaluadores también pueden obtener la TPA añadiendo algunas preguntas relevantes a este aspecto en las encuestas sobre otros temas (por ejemplo, sobre la prevalencia de programas de salud o sobre la cobertura), siempre y cuando se utilicen los métodos y los tamaños muestrales adecuados.

FUENTE DE ABASTECIMIENTO (POR CADA MÉTODO)

Definición

La distribución porcentual de los tipos de PES citados por los usuarios como fuente de abastecimiento del método anticonceptivo que usan actualmente (si hay más de una fuente, la más reciente)

Datos Requeridos

El número de entrevistados que actualmente están utilizando anticoncepción; el tipo de método utilizado y la fuente de abastecimiento del método (más reciente)

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador es útil para los oficiales de los programas, porque muestra el lugar donde los usuarios obtienen sus suministros anticonceptivos, lo que permite a los programas evaluar su eficacia y proyectar sus necesidades de adquisición. Esto es particularmente apropiado para los países que están tratando de cambiar la carga de la provisión de servicios, del sector público al privado. Por ejemplo, las encuestas tipo DHS producen la información sobre el porcentaje de prevalencia de métodos modernos atribuible al sector privado.

En la mayoría de países, la fuente de abastecimiento variará sustancialmente según el método. Las AQV, los DIU y los implantes de NORPLANT requieren un establecimiento clínico (incluidas las clínicas móviles). Los anticonceptivos orales están disponibles en las clínicas, pero también en otros puntos de distribución comercial y comunitaria. La DepoProvera, que en determinado momento fue un método provisto a nivel de las clínicas, se ha introducido a los programas de distribución comunitaria y en algunos países está disponible en las farmacias. Los condones y los espermicidas pueden obtenerse en cualquier tipo de establecimiento. Por lo tanto, los datos de la fuente de

abastecimiento son particularmente útiles cuando los datos se clasifican por el tipo de método. La “fuente de abastecimiento” produce dos tipos de información, es decir: el tipo de establecimiento y el tipo de sector (público/privado). El tipo de establecimiento por lo general incluye un hospital, un centro de salud, una clínica de planificación familiar, una clínica móvil, una farmacia, un trabajador de campo, un médico privado y una tienda, entre otros. El factor sector distingue entre los programas gubernamentales y los del sector privado (incluidas la asociación local de planificación familiar, los minoristas comerciales, los médicos privados y otros proveedores privados). Idealmente, los datos de la fuente de abastecimiento producen el porcentaje de uso de anticonceptivos atribuible al programa gubernamental, a la asociación privada de planificación familiar, al sector privado (farmacias, médicos privados) y a otras fuentes relevantes.

Sin embargo, es difícil distinguir entre el sector público y el privado, particularmente en los países que tienen múltiples fuentes de abastecimiento de métodos anticonceptivos. Es probable que la persona entrevistada identifique erróneamente una clínica específica como clínica gubernamental, cuando realmente es privada (o simplemente puede ignorar si es pública o privada), o también puede ocurrir que un médico privado participe en un programa subsidiado para ofrecer servicios a bajo costo a ciertos grupos específicos. Para responder a este problema, el cuestionario de la DHS dispone hoy día de un espacio para ingresar el nombre del establecimiento. Después de la entrevista, un miembro del equipo de investigación codifica el lugar mencionado conforme a la clasificación correcta, con base en las listas maestras de los PES.

Para clasificar a los PES que no están en la lista, los investigadores pueden contactar después a los informantes clave del área.

TASAS DE CONTINUACIÓN (TC)

Definición

La probabilidad acumulada de que los aceptantes de un método anticonceptivo todavía estén usando el método anticonceptivo provisto por el programa después de un período de tiempo específico (por ejemplo, un año)

Esto también se conoce como la tasa de continuación “para todos los métodos”.

Cuando se utilizan datos de corte transversal, los evaluadores pueden calcular la tasa de continuación por cada unidad-intervalo de uso (por ejemplo, primero, segundo, tercer mes de uso, y así sucesivamente) como el complemento de la razón de aceptantes que abandonan un método anticonceptivo de programa en ese lapso de tiempo sobre el número de mujeres que todavía lo están usando al inicio del mes (es decir, se sustrae la tasa de abandono de 1). Los evaluadores acumulan estas tasas de continuación de uso para obtener la probabilidad de que los aceptantes de un método anticonceptivo todavía estén usando algún método de programa después del período de tiempo definido.

El indicador (TC_x) se calcula como:

$$TC_x = \frac{x(1-q_x)}{\Pi}$$

En la cual:

$$x = 1$$

$q_x = T_x/N_x$ = probabilidad condicional de discontinuar el uso durante un intervalo específico (por ejemplo, un mes, un trimestre);

T_x = número de mujeres que discontinúan el uso durante el intervalo;

N_x = número de mujeres que están utilizando al inicio del intervalo.

Nota: Π significa que $(1-q_x)$ se multiplica a través de todos los intervalos de 1 a x .

Cómputo Ilustrativo

Tasas de continuación de los métodos reversibles para duraciones de 1-12 meses, Bangladesh, 1992-97

x	T_x	N_x	q_x	TC_x
1	291.3	4422.5	.0659	93.4
2	160.1	4025.9	.0398	89.7
3	205.9	3803.1	.0541	84.8
4	89.9	3502.6	.0257	82.7
5	61.2	3322.9	.0184	81.1
6	107.5	3173.7	.0339	78.4
7	68.7	2998.3	.0229	76.6
8	57.2	2868.5	.0199	75.1
9	74.6	2757.4	.0271	73.0
10	59.8	2579.8	.0232	71.3
11	55.8	2458.0	.0227	69.7
12	109.5	2350.8	.0466	66.5

Fuente de datos: Encuesta de Demografía y Salud de Bangladesh, 1996/97

Datos Requeridos

La información sobre el momento en que se inicia la práctica anticonceptiva, la duración del uso (incluido algún cambio de método) y el momento en que se deja de usar el método, en un período de referencia específico (por ejemplo, los 3-5 años anteriores a una encuesta). Con esta información se puede calcular el porcentaje que ha usado continuamente algún método durante un lapso de tiempo específico (por ejemplo, 12 meses, 18 meses), así como el promedio de tiempo que duró el uso.

Fuente(s) de Datos

A nivel de la población: Las encuestas con la historia o el calendario del uso retrospectivo de anticonceptivos

A nivel del programa: Los expedientes de los clientes, junto con un estudio de seguimiento a los que abandonaron el método. Esta fuente casi nunca se utiliza.

Propósito y Temas a Considerar

Las tasas de continuación de anticoncepción proporcionan una medida sumaria útil de la eficacia de un programa para facilitar a los clientes la práctica continua de la anticoncepción, aunque cambien de un método a otro. Sin embargo, para calcular las tasas de continuación con los datos de las encuestas, se requiere experiencia en el análisis de las tablas de vida (de supervivencia) para las subregiones del país (no tanto para los establecimientos individuales), por lo que este indicador resulta más útil a nivel nacional que a nivel regional o local.

Los evaluadores pueden calcular las tasas de continuación del uso, tanto con los datos del establecimiento como con los datos a nivel de la población; sin embargo, los de los establecimientos tienen varias limitaciones, por lo que los investigadores tienden a usar las encuestas grandes para hacer mediciones más válidas del uso continuo entre la población objetivo (para un ejemplo más detallado, se refiere al lector a Blanc, Curtis y Croft, 1999).

En teoría, las tasas de continuación se pueden derivar de los datos a nivel de los programas, si los evaluadores hacen estudios de seguimiento a los nuevos aceptantes

en algún momento específico después que aceptaron el método (por ejemplo, 12 meses después). Sin embargo, esta técnica es poco usual (excepto para los experimentos clínicos) por la dificultad y el costo que implica localizar a los aceptantes un año después.

La fuente de datos preferida es el “calendario”, que es un formato para recopilar datos que se usa en las encuestas de corte transversal, como la DHS. Sin embargo, estas encuestas tienen sus propias limitaciones, por ejemplo: (a) Dependen de la precisión de lo que recuerda la persona encuestada, (b) no permiten la vinculación de los encuestados con PES específicos y (c) es probable que no capten la historia completa de la práctica de anticoncepción (por ejemplo, cuando se usa un calendario de cinco años).

Es importante distinguir entre el abandono y la falla del método anticonceptivo. El abandono o la discontinuación del uso de anticonceptivos puede ocurrir porque la persona elige suspender el método que había seleccionado, o porque ocurre un embarazo accidental, con lo que la falla del método es un subconjunto del abandono. La falla del método necesariamente resulta en el abandono, aunque no todo abandono es atribuible a fallas del método.

NECESIDAD NO SATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Definición

El número o el porcentaje de mujeres que están actualmente casadas o en unión que son fértiles y que desean terminar o posponer su fecundidad, pero que no están usando un método anticonceptivo

La cantidad total de las mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar consiste en dos grupos de mujeres: (a) Las que tienen una necesidad no satisfecha para limitar y (b) las que tienen una necesidad no satisfecha para espaciar.

Las mujeres con una necesidad no satisfecha para limitar son las que no desean tener más hijos y no están usando actualmente un método anticonceptivo. Las mujeres con una necesidad no satisfecha para espaciar, son las que desean posponer el próximo nacimiento durante un período de tiempo específico (por ejemplo, durante al menos dos años a partir de la fecha de la encuesta), pero que no están usando actualmente un método anticonceptivo.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$NNS_L + NNS_E = NNS$$

En el que:

NNS = el número o el porcentaje de mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar;

NNS_L = el número o el porcentaje de mujeres con una necesidad no satisfecha para *limitar*; y

NNS_E = el número o el porcentaje de mujeres con una necesidad no satisfecha para *espaciar*.

Nota: El cálculo de la necesidad no satisfecha es bastante complejo, según se puede observar en detalle en el Apéndice H.

Cómputo Ilustrativo

Estimación de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, Perú, 2000 (expresada como un porcentaje de las mujeres actualmente casadas o en unión).

$$\begin{aligned} NNS &= NNS_L + NNS_E \\ &= 6.7 + 3.5 \\ &= 10.2 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta de Demografía y Salud del Perú, 2000

Datos Requeridos

Las respuestas a las preguntas de la encuesta sobre:

- El deseo de más hijos y, si es así, el intervalo deseado entre los nacimientos;
- La condición actual del uso de anticonceptivos;
- La condición actual de la fecundidad, del embarazo y de la amenorrea para las mujeres que no están usando un método anticonceptivo;
- La condición de planificación (con respecto al número y/o el momento) del embarazo actual/más reciente, para las mujeres que están actualmente embarazadas o amenorréicas;
- El uso (o el no uso) de un método anticonceptivo al momento del embarazo actual/más reciente.

Nota: El uso de la información de los dos últimos elementos del cómputo del indicador se explica más adelante.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador produce la información con relación al tamaño de un subgrupo de la población sumamente importante para la gerencia de los programas de planificación familiar, es decir: Las mujeres que están en riesgo de quedar embarazadas, que tienen una necesidad aparente de servicios de planificación familiar con base en su voluntad expresada, ya sea para limitar o para espaciar los embarazos futuros, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo. Esas mujeres tienen una “demanda no satisfecha” o “necesidad no satisfecha” de planificación familiar y son la audiencia principal lógica de los esfuerzos de los programas.

El indicador también se puede interpretar como la cantidad adicional de clientes que estarían practicando la anticoncepción (sobre y más allá del número de usuarias actuales), si todas las mujeres que están en riesgo de quedar embarazadas y que quieren terminar o posponer su fecundidad adoptaran algún método anticonceptivo.

El indicador se deriva de la clasificación de la demanda total de los servicios de planificación familiar en dos componentes: “la demanda satisfecha” y “la demanda no satisfecha” (o “la necesidad no satisfecha”). La demanda satisfecha consiste en las mujeres que quieren planificar su familia y están usando algún método anticonceptivo para lograr sus metas reproductivas; mientras que la necesidad no satisfecha, o demanda no satisfecha, consiste en las mujeres que aparentemente quieren planificar, pero que no están usando ningún método.

De acuerdo con el procedimiento propuesto por Westoff y Ochoa (1991), se considera que las mujeres están en riesgo de quedar embarazadas en este indicador si:

- Están en edad reproductiva y actualmente están casadas o en unión;
- Son fértiles;
- No están usando un método anticonceptivo; y
- Actualmente no están embarazadas ni amenorréicas.

Sin embargo, las siguientes categorías de mujeres no se consideran con una necesidad no satisfecha de planificación familiar por lo que, al computar el indicador, los evaluadores deben excluir a:

- Las mujeres que están actualmente embarazadas o amenorréicas, que estaban usando algún método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas del actual o del último embarazo (estas mujeres no se consideran con una necesidad, porque la necesidad anterior fue satisfecha con el uso de anticonceptivos, aunque parecería que necesitan un método más eficaz);
- Las mujeres que están actualmente embarazadas o amenorréicas y reportan que su embarazo fue intencional; y
- Las mujeres fértiles que desean tener su próximo hijo dentro de los siguientes dos años.

Bongaarts (1991) propone hacer dos cambios al procedimiento de medición descrito en el Apéndice H: (1) Un ajuste para dar razón del hecho que, al satisfacer la necesidad de espaciar usando anticonceptivos se reduce la necesidad de limitar, en el grado que se pospone la fecha en que las mujeres llegan a tener el tamaño ideal de familia; y (2) un ajuste para compensar una sobreestimación percibida de la necesidad de espaciar con el procedimiento descrito. Bongaarts propone que los evaluadores usen las estimaciones que produce el procedimiento descrito como punto de partida, y que introduzcan estos dos ajustes para compensar los problemas percibidos. Al comparar las estimaciones hechas con los dos métodos, se observa que el procedimiento de Westoff tiende a producir estimaciones más altas del nivel de la demanda no satisfecha que las estimaciones de Bongaarts, por un promedio aproximado de cinco por ciento (Bongaarts, 1991; Westoff y Ochoa, 1991). Para mayores detalles sobre los dos métodos propuestos para computar este indicador, se refiere al lector a esos dos trabajos.

Otro refinamiento consiste en reportar la necesidad no satisfecha para las mujeres casadas, para las mujeres no casadas y para todas las mujeres en edad reproductiva. Este refinamiento es de relevancia particular para los países en los que una parte significativa de los nacimientos ocurre fuera de los matrimonios o de las uniones reconocidas.

Algunos investigadores argumentan que la definición de “necesidad no satisfecha” debería de ampliarse para incluir a las mujeres que utilizan (1) métodos anticonceptivos tradicionales (debido a las altas tasas de fallo que tienen esos métodos); (2) un método

teóricamente eficaz, usado incorrecta o esporádicamente; y (3) un método inseguro o inadecuado para ellas (Foreit, 1992; Dixon-Mueller y Germain, 1992). La encuesta RHS ha modificado el cálculo de la necesidad no satisfecha para incluir los métodos anticonceptivos tradicionales en los países en los que son de uso muy común (por ejemplo, Europa Oriental, Turquía, Isla Mauricio). La adopción de estas definiciones alternativas incrementa en gran medida los números estimados de las mujeres que tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar en el contexto de muchos de los países en desarrollo.

Otro indicador que está relacionado con este, la satisfacción de la demanda de los servicios anticonceptivos, consiste en el porcentaje de toda la demanda de planificación familiar en cualquier momento en que está siendo satisfecha por el uso actual de anticonceptivos. En el que:

Satisfacción de la demanda de PF = $1 - \text{necesidad no satisfecha}$.

Implicaciones de Género de este Indicador

Un enfoque con sensibilidad de género de la necesidad no satisfecha examina los factores conducentes; distingue entre la necesidad no satisfecha para los hombres y la necesidad no satisfecha para las mujeres; e incluye el uso de estrategias con sensibilidad de género para la provisión de servicios.

1. Factores que conducen a la necesidad no satisfecha:
 - ¿Tienen los hombres y las mujeres diferente tipo de acceso a los conocimientos y a los recursos del hogar que facilitan la práctica de planificación familiar de manera eficaz?
 - ¿Tienen los hombres y las mujeres niveles distintos de autonomía para tomar decisiones y libertad de movimiento para poder practicar la planificación familiar eficazmente?
 - ¿Tienen los hombres y las mujeres las habilidades de comunicación necesarias para poder hablar de su fecundidad y de sus preferencias anticonceptivas con sus compañeros/as?
 - ¿Es el uso de la planificación familiar un factor que provoca violencia con base en el género, que está comprobado o que se teme pueda existir?
2. La necesidad no satisfecha de las mujeres y de los hombres:
 - ¿En qué grado se comparten las preferencias de fecundidad entre las mujeres y los hombres?
 - ¿Son distintas para los hombres y para las mujeres las normas culturales con relación a las relaciones sexuales extramaritales y a las expectativas con relación a tener hijos con diferentes compañeros sexuales?
 - En las sociedades en las que existen las uniones polígamas, ¿cómo visualizan los hombres y las mujeres el tener hijos?
 - La preferencia por un hijo varón, ¿es un factor dominante en las distintas preferencias de fecundidad entre los hombres y las mujeres?
3. Aspectos de la provisión de los servicios:
 - ¿Se capacita a los proveedores para que reconozcan los obstáculos según el género de la persona para la práctica efectiva de la planificación familiar (por ejemplo, que las clientes mujeres pueden tener dificultad para hacer preguntas)?
 - ¿Se capacita a los proveedores para tamizar la violencia doméstica?
 - ¿Contribuyen las propias normas culturales y los sesgos de los proveedores a la necesidad no satisfecha (por ejemplo, que las mujeres no casadas o viudas no deben tener relaciones sexuales, pero está bien que las tengan los hombres jóvenes o los viudos)?
 - ¿Incluye el sistema de provisión de servicios algunas estrategias para disminuir las restricciones económicas o en el acceso con base en el género? ¿Están disponibles los servicios en los horarios y los lugares convenientes para los clientes hombres y para las mujeres?

DESEO DE HIJOS ADICIONALES**Definición**

El número o el porcentaje de mujeres (o de hombres) en edad reproductiva que quieren tener un (otro) hijo o, a la inversa, que no quieren tener más hijos

Datos Requeridos

El número o el porcentaje de las personas encuestadas que reportan querer y/o no querer más hijos

Fuente(s) de Datos

Las encuestas a nivel de la población, o los datos a nivel de los establecimientos

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador se usa con bastante frecuencia en las encuestas para identificar a: (1) Las mujeres (o los hombres) que quieren tener más hijos y (2) las personas que no quieren tener más hijos y que tienen, por lo tanto, una necesidad o una demanda aparente de limitar su fecundidad. En las encuestas DHS se pregunta a las mujeres casadas o en unión que no están embarazadas: “¿Desea tener un (otro) hijo, o preferiría no tener ningún (otro) hijo?” A las mujeres que están embarazadas (o que no están seguras de su condición) al momento de la encuesta se les pregunta: “Después de tener el hijo que espera, ¿desea tener otro hijo, o preferiría no tener más hijos?” Con base en las respuestas a estas preguntas, se puede dividir a las entrevistadas en dos categorías: Las que quieren tener más hijos y las que quieren terminar su fecundidad, considerando a estas últimas como las mujeres que están “en demanda de planificación familiar.”

Para estimar el nivel de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, los evaluadores también pueden combinar las respuestas para este tipo de preguntas con la información sobre la fecundidad actual y el uso de anticonceptivos (véase el Apéndice H). A veces es posible encontrar información para hacer comparaciones en las estadísticas de los servicios a nivel de las clínicas de los programas de planificación familiar, ya que se suelen hacer preguntas similares a las que se incluyen en las DHS a las clientes nuevas (como mínimo), para definir la idoneidad de los distintos métodos anticonceptivos con relación a las intenciones reproductivas, es decir, los métodos para limitar frente a los métodos para espaciar.

A pesar de las inquietudes iniciales con relación a la validez de este tipo de preguntas en las encuestas para predecir el comportamiento reproductivo, los estudios recientes ofrecen una evidencia convincente de que hay asociaciones fuertes, al nivel de los datos agregados, entre el deseo declarado de más hijos, por un lado, y los patrones del uso de anticonceptivos y de la fecundidad actual y futura por otro (Bongaarts, 1990; Westoff, 1991). En la actualidad, el indicador se considera relativamente insesgado, porque las personas encuestadas no tienen motivos aparentes ni para sobre-reportar ni para sub-reportar sus preferencias con relación a seguir teniendo hijos.

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA (TGFD)

Definición

El número de hijos que nacerían por cada mujer (o por cada 1,000 mujeres) si ella(s) pasara(n) sus años reproductivos teniendo hijos conforme a una tabla actualizada de las tasas específicas de fecundidad por edad, si sólo ocurrieran los nacimientos “deseados.”

Para este indicador, los nacimientos “deseados” se definen tomando en cuenta el tamaño ideal de familia y el número de hijos sobrevivientes. Se clasifican como deseados todos los nacimientos que ocurren durante un período de referencia específico (por lo general, dos a cinco años antes de la encuesta), que no excedan el “número ideal de hijos sobrevivientes” expresado por la mujer encuestada. Se consideran no deseados todos los nacimientos que incrementan el número de hijos sobrevivientes por encima del tamaño ideal de familia expresado.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$TGFD = 5 \sum_a \left(\frac{ND_a}{E_a} \right)$$

En el cual:

ND_a = el número de nacimientos de las mujeres en el grupo de edad a , durante un año o un período de referencia específico, que son “deseados;” y

E_a = el número de años-personas de exposición al riesgo de embarazo en el grupo de edad a , durante el período de referencia.

Datos Requeridos

Las respuestas a las preguntas de la encuesta con relación a:

- Los números y las fechas de los nacimientos durante un período anterior reciente (tradicionalmente dos a cinco años antes de la encuesta);
- El número ideal de hijos, o el tamaño de familia deseado; y
- El número de hijos nacidos y el número de hijos que sobreviven.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

La TGFD es una medición de la fecundidad “deseada,” una medición hipotética de lo que sería la tasa global de fecundidad (TGF), según las tasas específicas de fecundidad por edad para un período anterior reciente, si todas las preferencias reproductivas de las mujeres fueran perfectamente realizadas; es decir, si únicamente ocurrieran los nacimientos “deseados.” La medida representa un esfuerzo por evitar el sesgo sospechado en la condición de “deseo” del indicador de los nacimientos recientes, definiendo la condición de deseo con base en la coincidencia (o en la falta de coincidencia) entre el tamaño ideal reportado y el número de hijos que sobreviven, en lugar de basarlo en los reportes retrospectivos de las intenciones de fecundidad al momento de quedar embarazadas.

Los evaluadores calculan el indicador como la suma de las tasas específicas de fecundidad por edad, o de la tasa global de fecundidad, después de eliminar los nacimientos ocurridos que incrementan el número de hijos sobrevivientes de las encuestadas de la muestra

por encima del número ideal de hijos que ellas expresaron querer, durante un período de referencia específico.

En la DHS, el número de los nacimientos ocurridos durante el período de referencia específico se obtiene de las historias de los nacimientos de la entrevista de la encuesta; el número de los hijos sobrevivientes se obtiene de las preguntas sobre la fecundidad acumulada durante toda la vida y sobre la condición de supervivencia de los hijos; y la información sobre el tamaño de familia deseada se obtiene de las preguntas de la encuesta.

La anterior definición de la TGFD se basa en el trabajo de Lightbourne (1985, 1987) y Westoff (1991) (que califica la medida como la “tasa global de fecundidad anhelada” o TGFA). Bongaarts (1990) propone una definición modificada de la TGFD, en la que los nacimientos deseados se definen con base en el deseo expresado de tener o no tener más hijos al momento de la encuesta, en lugar de basarlo en la comparación del número de hijos deseado y el número de hijos sobrevivientes. Bajo esta definición, los nacimientos que ocurren dentro de un período de referencia específico se clasifican como deseados, si la mujer encuestada reportó el deseo de tener más hijos al momento de alguna encuesta.

El argumento para la definición alternativa es que ésta se basa en las respuestas a preguntas con relación a las preferencias de tener o no tener hijos adicionales, un indicador de la demanda que se considera menos

afectado por sesgos del reporte, que los indicadores del tamaño de familia deseada (Bongaarts, 1990). La comparación de las estimaciones de las dos versiones de la TGFD para 48 países que llevan a cabo las DHS, señala que las dos medidas son razonablemente acertadas para la mayoría de los países, con una diferencia promedio entre ambas mediciones de aproximadamente 9 por ciento—4.09 frente a 3.76 (Bongaarts, 1990). Con base en la evidencia disponible, cualquiera de las dos versiones de la TGFD es preferible a utilizar la condición de deseo de los nacimientos previos para definir la fecundidad deseada.

La comparación de la TGFD con la TGF señala el grado en que la fecundidad observada excede la fecundidad anhelada o deseada. Este tipo de comparación proporciona a los gerentes de los programas y a los que formulan las políticas, cierta percepción de la demanda potencial para los servicios de planificación familiar a corto y mediano plazo, y del potencial para la reducción de la fecundidad en el futuro (Westoff, 1991). En el caso de Burkina Faso, por ejemplo, la comparación de la TGF (6.4) con la TGFD (5.7) sugiere que una parte importante de la fecundidad actual no es deseada y que existe suficiente demanda oculta en esa población, por lo que es razonable esperar un incremento en la prevalencia de anticonceptivos y una reducción de la fecundidad, si los servicios de planificación familiar están disponibles para la población (*Institut National de la Statistique et de la Statistique et la Demographie y Macro International Inc.*, 2000).

Indicador

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (TEFE)

Definición

El número de nacimientos que ocurren durante un año o un período de referencia específico por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva clasificadas en grupos de edad de 1 o 5 años

El TEFE se calcula como:

$$TEFE_a = \frac{N_a}{E_a} \times 1000$$

En el que:

N_a = número de nacidos vivos de mujeres del grupo de edad a durante un año o período de referencia específico; y

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

Cómputo Ilustrativo

Estimados del promedio anual de las TEFE para todas las mujeres entre 15-49 años de edad, Egipto, 1997-2000

Grupo de Edad	Naci- mientos N_a	Exposición Años- Persona E_a	Tasa/ Mujer	Tasa/1,000 Años- Persona
15-19	764	14893.2	.051	51
20-24	2304	11747.2	.196	196
25-29	1994	9602.3	.208	208
30-34	1295	8805.5	.147	147
35-39	564	7549.5	.075	75
40-44	161	6643.2	.024	24
45-49	19	4498.8	.004	4

Fuente de datos: Encuesta de Demografía y Salud de Egipto, 2000

Datos Requeridos

El número de los nacidos vivos en un año o en un período de referencia específico, clasificados por la edad de la madre y el número de mujeres en edad reproductiva (es decir, entre 15-44 o entre 15-49 años), en grupos de edad de 1 o 5 años

Fuente(s) de Datos

Los registros de las estadísticas vitales (sólo para el numerador), los censos poblacionales o las encuestas a nivel de la población

Propósito y Temas a Considerar

La TEFE tiene dos usos primordiales: (1) Como medida del patrón de edad de la fecundidad; es decir, la frecuencia relativa de fecundidad entre las mujeres de distintas edades dentro de los años reproductivos, y (2) como un cómputo intermedio para obtener la **Tasa Global de Fecundidad (TGF)** que se discute a continuación.

Tal como se señaló antes, los evaluadores pueden obtener las TEFE de varias fuentes. Cuando calculan las TEFE con los datos de las estadísticas vitales, utilizan las proyecciones de la población o las estimaciones de la cantidad de mujeres en cada grupo de edad entre 15-49 años para el denominador de la tasa. Cuando utilizan los datos de los censos poblacionales o de las encuestas, obtienen el numerador y el denominador de la tasa del censo o de la encuesta. Las estimaciones con los datos de los censos se obtienen por medio de preguntas con relación a los nacimientos ocurridos durante un período específico anterior al censo (por lo general 12 meses), mientras que las estimaciones con los datos de las encuestas se pueden obtener, ya sea por medio de preguntas con relación a los nacimientos ocurridos dentro de un período específico anterior, o por las historias parciales o completas de los nacimientos.

Un procedimiento más simple, aunque menos preciso, para computar el denominador de la tasa, es tomar el número promedio de las mujeres en cada grupo de edad durante el período de referencia que cubre la medición (es decir, el promedio de mujeres en cada grupo de edad al principio y al final del período de referencia).

Se suelen usar períodos de referencia de más de un año para computar las TEFEC con los datos de una encuesta, con el razonamiento de reducir la variabilidad de la muestra asociada a los números relativamente pequeños de los nacidos cada año de las mujeres en grupos de edad de 1 o 5 años, y los efectos distorsionadores de los errores de reporte en los períodos de referencia. Por ejemplo, en varios análisis de los datos de las tasas de fecundidad de las DHS, se utilizan alternativamente los períodos de 3 a 5 años antes de la encuesta para calcular las TEFEC (Arnold y Blanc, 1989; Lutz, 1990). Cuando se utilizan los períodos de varios años para hacer el cómputo, por lo general se presentan los promedios de las tasas anuales.

A diferencia de lo que ocurre con la tasa bruta de natalidad, la TEFEC no se ve afectada por diferencias o cambios en la composición de las edades de la población y, por lo tanto, es más útil para comparar poblaciones o subgrupos distintos y para medir cambios a lo largo del tiempo. Sin embargo, la TEFEC sí se ve afectada por diferencias o cambios en el número o en el porcentaje de las mujeres expuestas al riesgo de un embarazo. Por lo tanto, los cambios en las TEFEC pueden dar una información engañosa del impacto de los programas de planificación familiar en la fecundidad cuando otros factores que afectan el riesgo de embarazo están cambiando (por ejemplo, para los grupos de edad entre 15-19 años y 20-24 años cuando la edad al momento de casarse está subiendo rápidamente).

Para resolver este problema, los evaluadores pueden calcular las TEFEC solamente para las mujeres que han estado casadas o en unión continua durante el período de referencia de la medición. La medición resultante

se conoce como Tasa Específica de Fecundidad por Edad al Casarse (TEFEC). No obstante, para calcular esta medida se requieren los datos de la duración del matrimonio o de la unión o las historias de los matrimonios o de las uniones. En la práctica, las TEFEC más bien se suelen aproximar, calculando las TEFEC para las mujeres casadas o en unión al momento de la encuesta, aunque los evaluadores deben reconocer que esta cifra solamente aproxima la TEFEC, porque las mujeres casadas o en unión al momento de una encuesta específica, pueden no haber estado casadas ni en unión continua durante todo el período de referencia que cubre la medición (por ejemplo, durante los tres a cinco años antes de la encuesta).

Algunas veces se presentan las TEFEC para diferentes grupos de mujeres; por ejemplo, en los países que hacen las encuestas DHS, las TEFEC son para las mujeres que están casadas o en unión al momento de la encuesta y para todas las mujeres en edad reproductiva. En las sociedades en las que la fecundidad se limita primordialmente al matrimonio, las TEFEC para las mujeres que están casadas o en unión al momento de la encuesta producirán una cobertura casi completa de la fecundidad reciente. Sin embargo, en los casos en los que buena parte de la fecundidad ocurre fuera de las uniones reconocidas, el restringir las TEFEC a las mujeres que están casadas al momento de la encuesta resulta en una subestimación del nivel de fecundidad actual.

La TEFEC es particularmente interesante para los países, ciudades o distritos que tienen intervenciones de SR para adolescentes, diseñadas para reducir los embarazos no deseados. La TEFEC raras veces se usa como una medición del resultado para evaluar estos programas (debido a los recursos humanos, financieros y logísticos que se requieren para recopilar los datos), pero es una variable que los administradores de los programas y los que formulan las políticas siguen a lo largo del tiempo, como un indicador a nivel macro de la eficacia del programa combinada con otros factores que ejercen influencia y que son ajenos al programa.

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)

Definición

El número de hijos que nacerían por cada mujer (o por cada 1,000 mujeres) si ella(s) pasara(n) sus años reproductivos teniendo hijos conforme a una tabla actualizada de las tasas específicas de fecundidad por edad

La TGF se calcula como:

$$TGF = \sum TEFE_a (\text{para grupos de edad de un año})$$

o

$$TGF = 5 \sum TEFE_a (\text{para grupos de edad de 5 años})$$

En las que:

$TEFE_a$ = tasa específica de fecundidad por edad para las mujeres del grupo de edad a (expresada como una tasa por mujer)

Cómputo Ilustrativo

Estimado de la TEFE anual promedio para todas las mujeres entre 15-49 años, Egipto, 1997-2000.

$$TGF = 5 (.051 + .196 + .208 + .147 + .075 + .024 + .004) = 3.53$$

En el que: las cifras en paréntesis son las tasas específicas de fecundidad para las categorías de edades entre 15-19, 20-24, ..., 45-49, respectivamente

Fuente de datos: Encuesta Demografía y Salud de Egipto, 2000.

Datos Requeridos

Una tabla actualizada de las tasas específicas de fecundidad por edad (TEFE) para grupos de edad de 1 o 5 años

Fuente(s) de Datos

Los registros de las estadísticas vitales (solo para el numerador), los censos poblacionales o las encuestas a nivel de la población

Propósito y Temas a Considerar

La TGF es la medida de fecundidad que más se utiliza para evaluar el impacto de los programas, por dos razones primordiales: (1) No se ve afectada por diferencias o cambios en la composición por edad-sexo y (2) proporciona una medida hipotética fácil de comprender de la fecundidad completada.

Aunque se obtiene de la TEFE, que es una tasa de la fecundidad únicamente para un lapso de tiempo específico, la TGF es una medida del nivel esperado de la fecundidad completada por cada mujer (o por cada 1,000 mujeres), si ella(s) pasara(n) sus años reproductivos teniendo hijos conforme a una tabla actualizada de las TEFE. Hacemos énfasis en que la TGF es únicamente una medida hipotética de la fecundidad completada y que, por lo tanto, las mujeres en edad reproductiva en un momento determinado, podrían completar el tamaño de sus familias de manera muy distinta a la vaticinada por una TGF actual, si las tasas específicas de fecundidad por edad suben o bajan en el futuro.

La TGF se obtiene de una tabla de TEFE, por lo que para esta tasa aplican los mismos comentarios y advertencias que se hacen para la TEFE (es decir, el método para computarla de distintas fuentes de datos, los efectos de los cambios en la exposición al riesgo de embarazo y las implicaciones del cómputo para las mujeres que están casadas actualmente frente al cómputo para todas las mujeres en edad reproductiva). Al igual que sucede con la TEFE, la TGF se puede calcular para las mujeres casadas o en unión continua durante el período de referencia que cubre la medición, para reducir los potenciales efectos de

confusión por las diferencias en la exposición al riesgo de embarazo (en el grado en que se asocian las diferencias a la condición conyugal). Esta medición se conoce como la Tasa Global de Fecundidad Marital (TGFM).

También debe observarse que, aunque el rango de edad estándar para la TGF es de 15-49 años, a veces se usan TGF para otros rangos de edad (por ejemplo, 15-34) para propósitos analíticos; por ejemplo, para disminuir las influencias de los datos truncados al examinar las tendencias de cohortes con los datos de las historias de los nacimientos.

Indicador

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD NO DESEADA (TGFND)

Definición

El número de hijos no deseados que nacerían por cada mujer (o por cada 1,000 mujeres) si ella(s) pasara(n) sus años reproductivos teniendo hijos conforme a las tasas actuales de la fecundidad no deseada

La tasa global de fecundidad no deseada se puede obtener restando el componente “deseados” de la tasa global de fecundidad

El indicador se calcula de una de las dos maneras siguientes:

(1)

$$TGFND = 5 \frac{(N_{a,nd})}{(E_a)}$$

o (2)

$$TGFND = TGF - TGFD$$

En las que:

$N_{a,nd}$ = número de nacidos vivos de mujeres del grupo de edad a durante un año o período de referencia específico que son no deseados;

E_a = número de años-persona que las mujeres viven dentro del grupo de edad a durante el período de referencia;

TGF = la tasa global de fecundidad para un año o período de referencia específico; y

TGFD = la tasa global de fecundidad deseada.

Cómputo Ilustrativo

Estimado de la TGFND para todas las mujeres entre 15-49 años de edad, Egipto, 1997-2000.

$$\begin{aligned} TGFND &= TGF - TGFD \\ &= 3.53 - 2.85 \\ &= 0.68 \end{aligned}$$

Fuente de datos: Encuesta de Demografía y Salud de Egipto, 2000.

Datos Requeridos

Respuestas a las preguntas de la encuesta, por edad de la mujer, con relación a:

- El número y las fechas de los nacimientos ocurridos durante un período anterior reciente (tradicionalmente dos a cinco años antes de la encuesta);
- El número ideal de hijos o el tamaño de familia deseado;
- El número de hijos sobrevivientes; y
- El deseo de más hijos.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

La TGFND proporciona una medición hipotética del número promedio de los nacidos vivos “no deseados” que una mujer o cohorte de mujeres tendría durante su vida reproductiva, si siguiera(n) las tendencias de las tablas actuales de fecundidad no deseada. Debido a que la condición de “deseo” de los nacimientos se basa en las preferencias reproductivas o en el deseo de hijos adicionales, el indicador proporciona una medida conceptualmente directa del impacto del programa de planificación familiar en hacer posible que las mujeres y las parejas logren sus metas reproductivas (es decir, en evitar los embarazos no deseados).

Por ejemplo, en el cómputo ilustrativo para Egipto, el estimado de .68 indica que las mujeres en Egipto tendrían un promedio de .68 nacimientos no deseados durante el transcurso de sus años reproductivos, si los niveles de fecundidad específica por edad y el deseo de hijos adicionales prevalecieran a lo largo de los años reproductivos de las mujeres que estaban en edad reproductiva al momento que se hizo la encuesta DHS 2000.