

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

$$\begin{aligned} \text{CPR} &= 1,659/7,150 \\ &= .232 \end{aligned}$$

Mujeres actualmente casadas o en unión:

$$\begin{aligned} \text{CPR} &= 1,282/4,765 \\ &= .269 \end{aligned}$$

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, $1 - \text{tasa de abandono}$. 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.