

## **Capítulo VII**

### **Utilización de los servicios**

- Número de visitas al punto o puntos de provisión de los servicios
- Número de nuevas aceptantes de la anticoncepción moderna
- Número de nuevas aceptantes en la institución
- Número de nuevos segmentos de anticoncepción
- Anos-pareja de protección (APP)
- Combinación de métodos
- Características de los usuarios
- Tasa de continuación

### **INDICADORES PARA MEDIR LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS**

La mayoría de los administradores están interesados en la evaluación para medir los resultados obtenidos de su programa. El gerente de un programa pudiera requerir datos sobre la utilización de servicios concretos (es decir, uno o más puntos de provisión de los servicios), mientras que el director de un programa nacional de planificación familiar estaría más interesado en conocer la cobertura nacional (es decir, porcentaje de mujeres con riesgo de embarazo que actualmente emplea la anticoncepción).

Estos dos temas, la utilización de servicios y el uso de anticonceptivos, están estrechamente vinculados ya que la mayoría de las clientes llegarán a utilizar un método de planificación familiar por conducto de uno de los mecanismos de provisión de servicios de planificación familiar: una clínica (o un programa basado en la clínica por ejemplo, un programa postparto), un programa de distribución basado en la comunidad, un programa de mercadeo social/comercial o una fuente privada. Sin embargo, no todas las clientes que utilizan una instalación dada llegarán a utilizar realmente el método que se llevan a su casa después de la visita y no todas las que inician el método permanecerán con el mismo (Elkins y Nordberg, 1977; Morris y Anderson, 1982). Así, pues, la distinción entre utilización de servicios y uso de anticonceptivos sigue siendo válida.

La utilización de los servicios tiende a evaluarse empleando medidas utilizadas en el programa, puesto que los programas recopilan datos sobre el número y tipo de clientes servidos, los métodos vendidos o distribuidos gratuitamente, las características de las clientes, etc. (Chandrasekaran, 1975). Si bien el número de clientes servidas puede utilizarse para obtener una estimación aproximada de la cobertura dentro de las poblaciones, dichas estimaciones pueden presentar error si no se dispone de datos estadísticos exactos sobre la dimensión de la población objetivo, si no residentes de la zona de captación utilizan los servicios y si no se descuentan las visitas múltiples de una sola cliente (Morris y Anderson, 1982; ICDDR-B, 1989).

Debido a estos problemas en la estimación de la cobertura a partir de las estadísticas sobre servicios, la prevalencia anticonceptiva se estima con más exactitud a partir de datos basados en la población. Para lograr uniformidad entre los bloques del marco conceptual (véase la Figura I-1 en el Capítulo I) y los títulos de los capítulos en el Manual, en este capítulo (VII) se presentan los indicadores basados en el programa, mientras que los indicadores basados en la población para medir la práctica anticonceptiva se presentan en el capítulo siguiente (VIII).

Oscurece esta distinción conceptual el hecho de que la mayoría de los indicadores de la utilización de los servicios y el uso de los anticonceptivos que se presentan en el Manual pueden obtenerse de estadísticas sobre servicios o de encuestas. Por ejemplo, es posible para una clínica calcular las tasas de continuación entre los miembros de su población cliente tomando como base los datos sobre clientes que regresan a esa clínica acompañados de seguimiento de clientes que han abandonado el método. Las tasas de continuación de otras clases (por ejemplo, el uso de cualquier método de cualquier fuente) pueden medirse a partir de datos basados en la población (por ejemplo, utilizando el calendario de la EDS).

En la medida en que un indicador dado se calcule comúnmente a partir de ambos tipos de datos, se incluye tanto como medida de utilización de los servicios (Capítulo VII) como de la práctica

## Utilización de los servicios

anticonceptiva (Capítulo VIII). En contraste, en los casos en los que el indicador rara vez se obtiene de una de los dos fuentes de datos, se incluye de acuerdo con la fuente de datos más comúnmente utilizada.

Los lectores deberán tener presente también el hecho de que, según la fuente de los datos, la utilización de los servicios puede clasificarse como resultado o output (basada en el programa) o como impacto (basada en la población).

Los lectores advertirán que el Manual incluye tres variaciones del indicador "nueva aceptante". Este indicador figura entre los más irregularmente definidos al nivel de campo, en parte debido a que diferentes definiciones sirven para fines diferentes (y válidos). Así, en vez de imponer una definición estándar de "nueva aceptante" que invariablemente chocará con el uso actual en algunos países o programas, hemos tratado de proporcionar definiciones claras de las tres variaciones sobre "nueva aceptante" e indicar la utilidad de cada una.

Dos indicadores que brillan por su ausencia en este capítulo sobre utilización de los servicios son el número de usuarias continuas y el número de usuarias que abandonan el método. Si bien estas medidas pueden tener alguna utilidad para aumentar la conciencia del personal respecto a la continuación del método por las clientes, se consideran como menos útiles que la tasa de continuación entre las clientes para fines de evaluación.

Además, hay varios problemas en la medición de las personas que abandonan el método. En primer lugar, la definición de persona que abandona el método no ha sido uniforme entre los programas (variando principalmente en términos del tratamiento de quienes regresan después de un uso interrumpido y tomando en cuenta "períodos de gracia" de duración diferente). Segundo, el nivel de esfuerzo requerido para el seguimiento a las personas que abandonan el método supera a menudo la capacidad del personal, lo que resulta en datos de mala calidad con este indicador. En vista que, para calcular el número de usuarias continuas, se requiere disponer del número de usuarias que abandonan el método, los problemas de información sobre las personas que abandonan el método también inciden en la exactitud de las cifras sobre el número de usuarias continuas. Si se necesita información sobre el número de personas que abandonan el método, ésta puede obtenerse de los cálculos de la tasa de continuación.

Los autores de este Manual están de acuerdo con los miembros de un Grupo Especial previo de la USAID sobre Mejoramiento de Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar en el sentido de que el número de personas que abandonan el método no necesita retenerse en la serie de indicadores clave para utilización de los servicios (Grupo Especial de la USAID sobre Normalización de Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar, 1987). Sin embargo, esto no equivale a decir que los proveedores de servicios no deban seguir a quienes abandonan el método como medio de mejorar la provisión de los servicios; más bien, se recomienda que los programas no dependan del número de personas que abandonan el método como indicador clave de evaluación de un programa en vista de los problemas de recopilación de datos que se han citado arriba.

### **Indicador**

#### **NUMERO DE VISITAS AL PUNTO O PUNTOS DE PROVISION DE LOS SERVICIOS**

### **Definición**

El número total de visitas efectuadas por clientes a un punto de provisión de los servicios (o a todos los POS dentro de un sistema) en un período de referencia dado (por ejemplo, un año), preferiblemente por finalidad (provisión de anticonceptivos, asesoría, envío a otro nivel de atención, otro).

### **Datos necesarios**

Enumeración del número de contactos por cliente en un POS, preferiblemente por tipo de visita, agregados para todos los POS a fin de obtener un total para el sistema.

### **Fuente o fuentes de datos**

Estadísticas de servicios recopiladas en las instalaciones del programa.

### **Finalidad y cuestiones**

Este indicador mide el volumen de la actividad emprendida en los POS. Es un sustituto de medidas de números de aceptantes o usuarios, cuando no se dispone de dichos datos o éstos no se consideran fiables.

Esta información puede combinarse con otros datos para obtener medidas aproximadas de la productividad (por ejemplo, el número promedio de visitas del cliente por proveedor de servicios a tiempo completo o por clínica). Su ventaja principal es su simplicidad; esta información es fácil de recopilar y utiliza definiciones sencillas. El desglose de las visitas por tipo de visita proporciona información sobre la naturaleza de la transacción entre el proveedor de los servicios y el cliente.

Este indicador tiene varias limitaciones. Primero, la medida no proporciona información sobre el número de clientes puesto que una persona en particular puede efectuar visitas múltiples durante un período dado. Segundo, tal como se aplica generalmente en la práctica, no distingue entre las nuevas usuarias y las usuarias continuas. Así, pues, no indica el éxito en captar nuevas aceptantes en contraoposición a aumentar la continuidad entre las usuarias actuales.

## **Utilización de los servicios**

### **Indicador**

#### **NUMERO DE NUEVAS ACEPTANTES DE LA ANTICONCEPCION MODERNA**

### **Definición**

El número de personas que aceptan por primera vez en su vida cualquier método (del programa) de anticoncepción; ha de declararse para un período de referencia definido (por ejemplo, un año).

### **Datos necesarios**

Recuentos de personas que aceptan cualquier método (del programa) por primera vez en su vida durante un año dado.

### **Fuente o fuentes de datos**

Estadísticas de servicios; encuestas (posibles pero no comunes).

### **Finalidad y cuestiones**

Este indicador mide la capacidad del programa para captar nuevos clientes para sus servicios de un segmento no atendido de la población. La medida elimina el problema de contar como "nuevos" a los clientes que cambian de una fuente a otra por razón de conveniencia o costo. Como indicador, también puede reflejar el éxito de programas especiales de comunicación u otras intervenciones (por ejemplo, los proyectos de mercadeo social) encaminados a aumentar la utilización de los servicios entre clientes no atendidos con anterioridad por el programa. Sin embargo, en este último caso, hay que tener presente que algunos de los nuevos aceptantes pudieran obtener el mismo método u otro método de una fuente distinta (por ejemplo, el sector de las farmacias no subvencionadas) si no se hubiese producido la intervención especial.

"Método del programa" se refiere a los métodos brindados por conducto de programas establecidos de planificación familiar: píldora, DIU, implante NORPLANT, inyección, preservativo, espermicida, diafragma, ligación de trompas de Falopio, vasectomía y método de lactancia y amenorrea (MLM), si se utilizan bajo supervisión del programa. Así, pues, una mujer joven que con anterioridad obtuvo preservativos de la farmacia no sería una aceptante nueva. En contraste, un cliente que hasta la fecha ha dependido del coito interrumpido sería un aceptante nuevo puesto que éste no es un método del programa.

El "número de nuevos aceptantes de la anticoncepción moderna", definido como uso por primera vez en la vida del individuo, reduce la ambigüedad asociada con el término más general "nuevo aceptante" y evita la duplicación de casos que pueden resultar cuando ocurre sustitución.

Este indicador puede obtenerse también de datos de encuestas (por ejemplo, del "calendario" empleado en la EDS u otros mecanismos de recopilación de datos para obtener retrospectivamente historiales anticonceptivos). Sin embargo, en el contexto de las encuestas, es probable que el uso actual total, en vez del "uso nuevo", tenga el mayor interés para la mayoría de los usuarios de la información.

### Indicador

#### NUMERO DE NUEVAS ACEPTANTES EN LA INSTITUCION

### Definición

El número de personas durante un período de referencia dado (por ejemplo, un año) que aceptan un método anticonceptivo de una determinada institución por primera vez; pueden haber utilizado anteriormente métodos obtenidos en otras instituciones.

### Datos necesarios

Recuentos de personas durante el período de referencia que aceptan un método anticonceptivo de una institución concreta.

### Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicios (preferidas); encuestas (posibles pero no comunes).

### Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la capacidad de la institución para captar a clientes para sus servicios específicamente, aun cuando hayan utilizado con anterioridad otras fuentes de servicios.

A la mayoría de las instituciones no se les evalúa sobre la base de los resultados que está obteniendo la planificación familiar en un país en su conjunto sino, más bien, sobre la base de los resultados que la institución está obteniendo en sus esfuerzos por captar a nuevos clientes. Así, pues, aunque se esté atrayendo a clientes al programa de otras fuentes, esto produce una buena impresión sobre su desempeño institucional. Este indicador también es importante en el contexto de la sustentabilidad financiera, dado que los proveedores del sector privado pueden ser evaluados en parte sobre la base de su éxito en captar clientes que con anterioridad han estado utilizando los servicios del sector público.

Esta variante de "nuevo aceptante" se utiliza ampliamente ya que tiene repercusiones administrativas. Los clientes que reciben servicios por primera vez en una determinada institución pueden tener que llenar formularios adicionales, establecer un registro del cliente, pagar una cuota de inscripción, etc. Por tanto, las necesidades administrativas del programa producen datos que también son útiles para supervisión del programa.

Una fuente de falta de uniformidad con respecto a este indicador concierne al tratamiento de los clientes que abandonan el uso de los servicios de planificación familiar en una institución dada, pero que regresan en fecha posterior. Por ejemplo, algunas organizaciones mantienen registros por un período de tiempo fijo (por ejemplo, durante cinco años). En este caso, una persona que regresa después de un lapso de cinco años sería considerada como nuevo aceptante. En otras instituciones, uno puede ser "nuevo para la institución" sólo una vez. Recomendamos este último uso del término en tanto se reconoce que las restricciones administrativas hacen que algunas organizaciones adopten el primero.

Una variante común del indicador que no se incluye por separado en este Manual es la de "nuevo para el

## Utilización de los servicios

POS". Esta medida se utiliza en realidad en algunos programas ya que simplifica la definición operativa de nuevo aceptante; la recepcionista u otro miembro del personal sólo necesita preguntar al cliente "¿Ha estado usted alguna vez en *esta* clínica (dispensario, puesto de salud u otro tipo de Puesto de Ofrecimiento de Servicios)?" Así, pues, un cliente que se trasladase de un barrio a otro y cambiase de centro de salud gubernamental en el proceso sería considerado como "nuevo para el POS" en el centro de salud del nuevo barrio. Aunque este indicador de alternativa se utiliza en algunos programas debido a que es fácil de comprender y aplicar, conlleva la posibilidad de duplicación de casos, especialmente en los países con un alto nivel de movilidad residencial. Por esta razón, no se presenta como uno de los indicadores recomendados en este Manual.

### Indicador

#### NUMERO DE NUEVOS SEGMENTOS DE ANTICONCEPTION

### Definición

El número de personas que inician un nuevo segmento de anticoncepción durante un período de referencia dado (por ejemplo, un año), es decir, que son "nuevos" para un determinado método anticonceptivo o para la institución de origen durante el período de referencia definido. El individuo puede haber utilizado un método, incluido el presente, con anterioridad, o puede haber utilizado esta fuente antes pero no estar utilizando este método y esta fuente en el momento de la aceptación.

### Datos necesarios

Recuentos de personas que aceptan un método nuevo de una fuente en particular durante el período de referencia.

### Fuente o fuentes de datos

Estadísticas de servicio (preferidas); encuestas (posibles pero no comunes).

### Finalidad y cuestiones

Esta variante de la definición de "nuevo aceptante" cumple dos fines importantes. Primero, da a los gerentes del programa un medio de evaluar las necesidades de provisión de servicios para su programa en un determinado año del calendario. En el caso de la esterilización, los DIU y los implantes NORPLANT, los servicios que han de proporcionar los proveedores a los clientes están asociados mayormente con la primera visita cuando adoptan el método. Segundo, es esta variante de la definición de nuevo aceptante la que se utiliza en el Modelo de Costos Objetivo (Stover et al., 1991).

Con esta definición, una persona que cumpla cualquiera de los criterios siguientes se clasificaría como nuevo aceptante del segmento si dicha persona:

- nunca ha utilizado con anterioridad la anticoncepción;
- ha utilizado el mismo método pero en una fuente (institución) diferente, en el pasado o inmediatamente antes de la aceptación actual;
- ha utilizado el mismo método de la misma fuente en el pasado, pero no lo estaba utilizando inmediatamente antes de la aceptación actual; o
- estaba utilizando la anticoncepción de la misma fuente con anterioridad a la aceptación actual, pero cambió a un nuevo método.

Si el cliente no ha utilizado con anterioridad el método, entonces el nuevo aceptante del segmento es equivalente a un aceptante nuevo del método. Sin embargo, el nuevo aceptante del segmento también incluye a las mujeres que con anterioridad utilizaron el método, lo abandonaron por un determinado período de tiempo (por ejemplo, por embarazo) y luego reanudaron el uso del mismo método.



## **Utilización de los servicios**

Si un cliente del programa nacional de planificación familiar cambia de clínica pero sus registros le acompañan, entonces no se trata de un cambio de fuente. Sin embargo, si clínicas diferentes dentro de un sistema mayor tienen sistemas separados de mantenimiento de registros, este caso constituiría un cambio de fuente.

**Indicador**

**AÑOS-PAREJA DE PROTECCION (APP)**

**Definición**

La protección estimada proporcionada por los servicios de planificación familiar durante el período de un año, tomando como base el volumen de todos los anticonceptivos vendidos o distribuidos gratuitamente a los clientes durante el período. El APP se calcula multiplicando la cantidad de cada método distribuido a los clientes por un factor de conversión, que produce una estimación de la duración de la protección anticonceptiva impartida por unidad de dicho método (Wishik y Chen, 1973; Centros para el Control de las Enfermedades, 1985). Los APP para cada método se agregan luego para todos los métodos a fin de obtener una cifra total de APP.

Los factores de conversión actualmente utilizados en el sistema de la USAID son los apoyados por el Grupo Especial de la USAID sobre Normalización de los Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar (1991):

<b>Método:</b>	<b>APP por unidad</b>
Anticonceptivos orales:	15 ciclos por APP
DIU "T" de cobre 380-A:	3,8 APP por DIU insertado
Implante NORPLANT:	3,5 APP por implante
Preservativos:	150 unidades por APP
Comprimidos de espuma vaginal (Conceptrol, Neo-Sampoo):	150 comprimidos por APP
Esterilización (masculina o femenina):	10 APP por procedimiento
DepoProvera (inyectable):	4 dosis (ml) por APP
Noristerat (inyectable):	6 dosis por APP
(inyectable mensual):	12 dosis Cyclofem por APP
Planificación familiar natural (NFP):	2 años por adoptador capacitado, confirmado
Método de lactancia y amenorrea (MLM):	4 usuarias activas por APP <sup>1</sup>

[Nota: Al final la discusión se proporciona un cálculo ilustrativo de este indicador (APP).]

## Utilización de los servicios

### Datos necesarios

Cantidades de píldoras, preservativos y espermicidas distribuidos a los clientes; número de DIU e implantes NORPLANT insertados; número de inyecciones administradas; número de operaciones de esterilización realizadas; número de clientes capacitados confirmados de NFP; número de clientes del MLM durante el período de referencia.

### Fuente o fuentes de datos

Estadísticas del servicio o sistema de información de gestión logística.

### Finalidad y cuestiones

Los APP miden el volumen de actividad del programa. Los utilizan los gerentes de los programas y agencias donadores para supervisar el progreso en la provisión de servicios anticonceptivos al nivel de programa y proyecto. Debido a que la USAID y el IPPF requieren que las entidades a las que proporcionan apoyo declaren los APP, esta medida es en la actualidad uno de los indicadores más ampliamente utilizados de la producción de programas internacionales de planificación familiar.

El indicador tiene varias ventajas:

- puede calcularse a partir de datos recopilados habitualmente en los programas o proyectos, reduciendo así al mínimo la carga de recopilación de datos;
- estos datos pueden obtenerse de todos los distintos mecanismos de provisión de servicios (clínicas, CBD, mercadeo social y sector comercial); y
- el cálculo del APP es relativamente sencillo de realizar.

Las principales desventajas del indicador son las de que:

- no es fácil intuitivamente de comprender por parte de quienes no trabajan en el campo de la población;
- no es posible determinar el número de personas representadas por APP. Por ejemplo, si el programa administra 10.000 inyecciones de DepoProvera, esta cifra es equivalente a 2.500 APP. Teóricamente, esto representa 2.500 mujeres protegidas durante 12 meses cada una; sin embargo, en realidad puede representar 5.000 mujeres protegidas durante 6 meses cada una o 10.000 mujeres protegidas durante 3 meses cada una; y
- la validez de las hipótesis en las que se basa la selección de los factores de conversión ha sido ampliamente cuestionada (Stover et al., 1993).

Con respecto al cálculo del APP para métodos de largo plazo, en la mayoría de los programas toda la cifra se "acredita" al año del calendario en el que se acepta el método. Por ejemplo, si un programa de planificación familiar realizó 100 operaciones de VSC en un año dado, acreditaría la totalidad de los 1.000 APP (100 procedimientos x 10 años/cada uno) a ese año del calendario, aun cuando la protección impartida por esos procedimientos se realizaría en realidad a través de ese período y de los nueve años siguientes. Otro enfoque consiste en "anualizar" esta proyección, asignándola a través de un período de diez años. El mismo principio se aplica a los DIU y al implante NORPLANT. Aunque el primer enfoque (consistente en acreditar toda la cantidad de APP en el año del calendario de aceptación) ha sido criticado enérgicamente, representa la práctica actual en la mayoría de los programas que notifican

## **Utilización de los servicios**

el APP, probablemente debido a su mayor facilidad de aplicación.

## Utilización de los servicios

En condiciones ideales, el APP debería basarse en el volumen de anticonceptivos entregados a los clientes que supuestamente los utilizan, no en los entregados a las instalaciones donde pueden permanecer sin utilizar en cartones o estanterías. Sin embargo, en algunos proyectos tales como los de mercadeo social, puede ser imposible supervisar la cifra exacta que llega a manos de los clientes. Más bien, el único medio de calcular el APP consiste en basarlo en el volumen de anticonceptivos entregados a los minoristas en cuestión. Dado que los detallistas probablemente no tengan existencias que no puedan vender con facilidad, es probable que (después de una remesa inicial) la mayoría de los anticonceptivos vendidos a los detallistas lleguen a manos de los consumidores. Sin embargo, en los casos en que el cálculo del APP se basa en el volumen de productos entregados a los minoristas, no directamente a los clientes o los propios compradores, este detalle deberá aclararse a los usuarios de la información.

Los factores de conversión indicados arriba son los propuestos en enero de 1991 por el Grupo Especial sobre Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar, en parte en respuesta al comentario "¿Qué marcha mal con los APP?" (Shelton, 1991). Hay aún un debate considerable sobre la idoneidad de estos factores puesto que varios de ellos no se derivaron sobre una base empírica.<sup>1</sup> Con el Proyecto EVALUACION, está en vías de realización un intento de examinar la evidencia empírica existente (en relación con el desperdicio, la duración media de utilización, la frecuencia de relaciones sexuales, la uniformidad de uso y la utilización no anticonceptivo de preservativos), para evaluar si en realidad estos factores de conversión son apropiados y, en caso contrario, qué factores serían preferibles (Stover et al., 1993). Los resultados pertinentes se incorporarán en los factores de conversión que se presenten en la versión siguiente del Manual.

---

<sup>1</sup> Algunos han argumentado que, a la luz de la controversia en torno a los factores de conversión para calcular los CYP, sería mejor supervisar el volumen de cada anticonceptivo vendido. Este enfoque sería apropiado para un programa que se basa solamente en uno o dos métodos, pero es menos práctico para el programa más convencional que brinda de seis a siete métodos diferentes y, de esta forma, tendría que supervisar cada uno por separado.

---

**Cálculo ilustrativo**

APP, basados en factores de conversión que se proporcionan en el texto.

<b>Método</b>	<b>Cantidad</b>	<b>APP</b>
Anticonceptivos orales	5.022	334,8
DIU	87	330,6
Preservativos	62.810	418,7
Comprimidos vaginales	3.900	26,0
Ligaduras de trompas	13	130,0
DepoProvera	1.277	319,3
<b>TOTAL</b>		<b>1.559,4</b>

---

## **Utilización de los servicios**

### **Indicador**

#### **COMBINACION DE METODOS**

### **Definición**

Distribución porcentual de usuarios de anticonceptivos (o, como alternativa, de aceptantes) por método.

### **Datos necesarios**

Número de usuarios (de aceptantes) por método.

### **Fuente o fuentes de datos**

Estadísticas de servicios; (para una medida basada en la población, véase el Capítulo VIII).

### **Finalidad y cuestiones**

La combinación de métodos proporciona un perfil del nivel relativo de uso de diferentes métodos anticonceptivos. Una amplia combinación de métodos indica que la población tiene acceso a una gama de métodos anticonceptivos diferentes. A la inversa, la combinación de métodos puede mostrar: (1) sesgo del proveedor en el sistema, si un método se ve fuertemente favorecido en exclusión de otros; (2) preferencias del usuario; o (3) ambas cosas.

Debido a los problemas de supervisar el número de usuarios actuales tomando como base las estadísticas del servicios, la combinación de métodos se basa generalmente en los aceptantes, no en los usuarios actuales, cuando se mide al nivel de programa. Ambos no producirían la misma distribución ya que los datos de los usuarios reflejarían la acumulación de métodos de acción prolongada de años anteriores.

Igualmente, es de esperar alguna discrepancia en cuanto a la combinación de métodos calculada a partir de las estadísticas del programa frente a las encuestas, incluso en los programas con datos fiables. (La razón es la de que las estadísticas basadas en el programa reflejan la actividad en el año del calendario que se está estudiando, mientras que los resultados de encuestas incluyen a los usuarios continuos de métodos de acción prolongada que los adoptaron en años precedentes y no han necesitado u obtado por regresar a la clínica en el año del calendario que se estudia). Además, los datos de encuestas incluyen métodos populares, métodos no relacionados con el programa (por ejemplo, el coito interrumpido) y métodos del programa que también pueden obtenerse de fuentes no pertenecientes al programa (por ejemplo, píldoras de farmacias).

A pesar de un debate considerable acerca de la combinación de métodos, se ha dicho relativamente poco en la literatura publicada sobre qué constituye una combinación deseable de métodos (Hutchings y colaboradores, 1987, son una excepción). Generalmente se considera que un programa debería responder a las necesidades cambiantes de la población en diferentes etapas del ciclo de vida reproductiva, brindando métodos reversibles a quienes desean espaciar y métodos permanentes a quienes han completado la dimensión deseada de su familia. Así, pues, los programas que no ofrecen métodos permanentes o que subrayan demasiado los métodos permanentes son objeto de crítica. Sin embargo, en la categoría de métodos reversibles, la distribución de aceptantes por tipo de anticonceptivo variará de

## **Utilización de los servicios**

acuerdo con la disponibilidad de métodos concretos, costos, preferencias locales y otros factores, haciendo difícil generalizar con respecto a la combinación deseable de métodos.



## **Utilización de los servicios**

### **Indicador**

#### **CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS**

##### **Definición**

Perfil sociodemográfico de usuarios actuales de métodos anticonceptivos relevante para la planificación del programa o para el mercadeo.

Entre las características relevantes figuran las siguientes: edad, la paridad, residencia urbana-rural, condición socioeconómica, etnicidad y otros factores que se juzgan importantes en el contexto de un país concreto.

##### **Datos necesarios**

Datos sobre edad, la paridad y otras características de los usuarios (o, si no se dispone de ellos, de las aceptantes).

##### **Fuente o fuentes de datos**

Estadísticas de servicios; encuestas demográficas (véase el Capítulo VIII).

##### **Finalidad y cuestiones**

Este indicador mide las características de los clientes que reciben servicios anticonceptivos en los puntos de provisión de servicios del programa. Los casos en los que el programa está concebido de forma que llegue a subgrupos que tienen características sociodemográficas concretas (por ejemplo, mujeres de la paridad más baja), indican el grado en el que el programa está llegando a la población beneficiaria. Análogamente, la existencia de grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales en un programa público puede significar que no se está llegando a las poblaciones beneficiarias clave.

En condiciones ideales, querríamos disponer de este tipo de información para todos los usuarios actuales. Sin embargo, debido a la dificultad de observar a los usuarios actuales, un enfoque distinto consiste en obtener datos sobre los aceptantes a medida que entran en el programa.

Las estadísticas del programa sobre características de los usuarios permiten a un programa supervisar en qué grado cambia en el curso del tiempo su población cliente. Típicamente, un programa nuevo en un país de baja prevalencia atraerá inicialmente a mujeres de más edad, de alta la paridad, cuya necesidad sentida para el servicio es grande. En el curso del tiempo, la edad media y la paridad de las clientes desciende a medida que la planificación familiar se torna más aceptable desde el punto de vista social y atrae a parejas en una etapa más temprana en su vida reproductiva.

### Indicador

#### TASAS DE CONTINUACION

### Definición

La probabilidad de que un aceptante de un método anticonceptivo continúe utilizando anticonceptivos después de un determinado período de tiempo (por ejemplo, un año). Esto se conoce como la tasa de continuación "para todos los métodos" (Naciones Unidas, 1961; Jejeebhoy, 1989).

### Datos necesarios

El número de aceptantes que inician el uso de anticonceptivos en un determinado momento (o durante un período de tiempo dado) y la longitud del tiempo en que cada persona continúa utilizando el método (o un método sustitutivo). Tomando como base esta información, podemos calcular el porcentaje de personas que han utilizado continuamente un método anticonceptivo por un determinado espacio de tiempo (por ejemplo, 12 meses, 18 meses, etc.), así como la duración media o mediana de uso.

### Fuente o fuentes de datos

Basados en el programa: registros de clientes acompañados de un seguimiento de los clientes que abandonan el programa.

Basados en población: encuestas con historiales o calendarios retrospectivos de uso de anticonceptivos (véase el Capítulo VIII).

### Finalidad y cuestiones

Las tasas de continuación de anticonceptivos proporcionan una medida resumida útil de la eficacia general de los servicios del programa en permitir a los clientes mantener el uso de anticonceptivos. Este indicador se ha propuesto también como medida de la eficacia de los mecanismos de seguimiento de los servicios.

A pesar del interés actual en la continuación de uso de anticonceptivos en relación con la calidad de la atención, los datos exactos sobre continuación tienden a ser difíciles y costosos de recopilar en los programas.

Las tasas de continuación pueden estimarse entrevistando a cohortes "reales" de aceptantes (clientes que aceptan un método anticonceptivo en el mismo mes) a uno o más intervalos fijos de tiempo después de la aceptación (por ejemplo, 12 meses) a fin de determinar el porcentaje que aún sigue utilizando el método después de transcurrido ese período de tiempo. Esto proporciona una tasa de continuación que es intuitivamente más simple de calcular que las tasas de "tabla de vida" que se calculan a partir de datos de encuestas (véase el Capítulo VIII donde se analiza más detenidamente el uso de los datos de encuestas para calcular las tasas de continuación).

No obstante, las tasas de continuación derivadas de fuentes de datos basadas en instalaciones tienden a estar caracterizadas por: (a) sesgo de selección, ya que las características de los clientes que acuden a las clínicas pueden ser diferentes de las de los usuarios de anticonceptivos pertenecientes a la población en

## Utilización de los servicios

general; y (b) un número considerable de aceptantes que se "pierden para seguimiento". Como resultado de este último problema, las estimaciones basadas en las personas con las que el programa ha mantenido contacto pueden no medir con exactitud las tasas de continuación incluso en la población de usuarios del programa. Los problemas de pérdida de seguimiento son difíciles de eliminar por completo y puede ser costoso emprender las encuestas periódicas de seguimiento requeridas para reducir al mínimo el sesgo resultante.

Un problema adicional con las estimaciones de las tasas de continuación (y las tasas de falla o embarazo que se describen en el Capítulo VIII) tomando como base datos de clínicas es el de que dichas estimaciones no captan la experiencia de los usuarios de anticonceptivos que obtienen suministros de fuentes no clínicas (por ejemplo, de establecimientos de ventas comerciales). En el grado en el que los proveedores de servicios basados en clínicas pueden proporcionar asesoría útil en relación con el uso apropiado de métodos aceptados, es probable que el nivel de uso adecuado de métodos anticonceptivos entre clientes de servicios basados en clínicas sea diferente del de los clientes del sector comercial.

A veces se usan dos tasas de continuación como alternativas:

- tasa de continuación del primer segmento: la probabilidad de que una aceptante de un determinado método siga utilizando el método sin interrupción por un período de tiempo concreto; y
- tasa de continuación del primer método: la probabilidad de que una aceptante de un método concreto siga utilizando ese método por un determinado espacio de tiempo sin cambiar de método o quedar embarazada, permitiéndose intervalos breves de discontinuación (Jejeebhoy, 1989).

Los proveedores de servicios preocupados de la calidad de la atención muestran actualmente la tendencia a promover el cambio de método si el primer método no resulta satisfactorio, basándose en la premisa de que esta práctica resultará en una mayor satisfacción de los clientes y en mayores tasas de continuación. A la luz de este hecho, "la tasa de continuación para todos los métodos" parecería ser más apropiada que las dos otras tasas posibles del "primer método", que se acaban de mencionar, para evaluar la continuación en un programa.

Esta materia se trata más detenidamente en el Capítulo VIII.