

11 4 1971

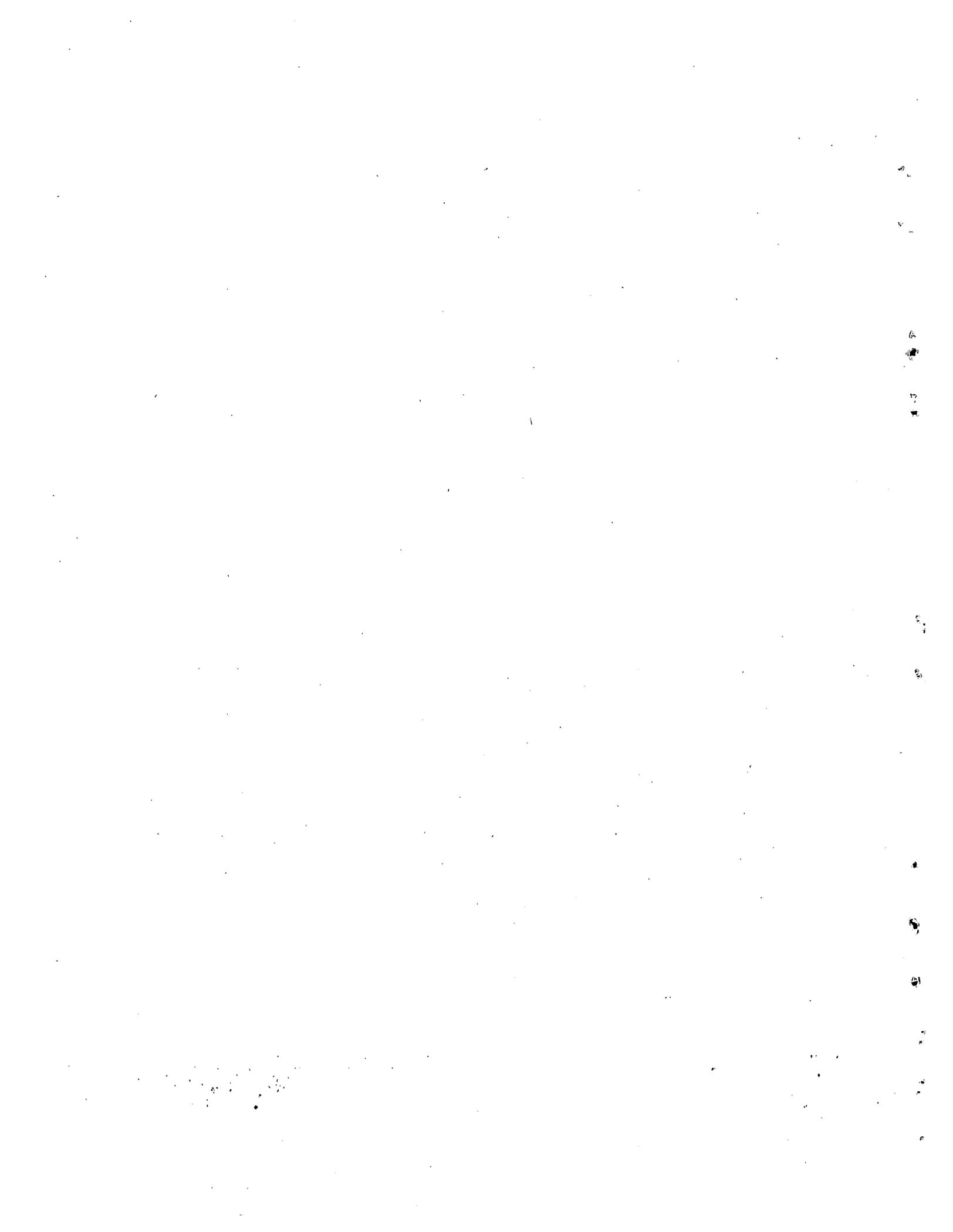
CELADE

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Serie A, No. 103.
Mayo, 1970.
200.

REUNION DE TRABAJO SOBRE EVALUACION DE PROGRAMAS
DE PLANIFICACION FAMILIAR
(5-9 de enero de 1970)

0125



Reunión de Trabajo sobre Evaluación de Programas de Planificación Familiar
(5-9 de enero de 1970)

AGENDA

<u>Temas</u>	<u>A cargo de</u>
1. Recepción	Carmen A. Miró
2. Propósitos de la reunión	Carmen A. Miró
3. Niveles de fecundidad en América Latina	Ferdinand Rath
4. Planificación familiar en América Latina: 1969	Marfa Luisa García
5. Las medidas de la fecundidad	
5.1 Fuentes de los datos en fecundidad en América Latina	Valdecir Lopes
5.2 Medidas obtenidas de censos y estadísticas vitales: usos y limitaciones	Ferdinand Rath
5.3 Determinantes de los cambios de fecundidad	Robert Carleton
6. Las medidas de los niveles y cambios de la fecundidad obtenidos de encuestas y otras fuentes	
6.1 Uso de la historia de embarazos	Robert Carleton
6.2 Hijos que viven con la madre (Hijos propios)	Albino Bocaz
6.3 Uso de la historia de vida sexual para determinar la incidencia de aborto inducido y su relación con los niveles de fecundidad	Santiago Gaslonde
7. Métodos usados para la medición de la eficacia clínica y/o demográfica de los métodos anticonceptivos	
7.1 Evaluación de la efectividad de los anticonceptivos (incluyendo efectividad y uso extendido) con el uso práctico del método de la tabla de vida	Cristopher Tietze
7.2 Intervalo entre nacimientos (determinante de los cambios)	Henri Léridon
7.3 Estimación de los nacimientos evitados por un programa de planificación familiar	Robert Potter
7.4 Modelos de simulación para evaluación de planificación familiar	Joanne Clare Ridley
8. Evaluación de programas de planificación familiar	
8.1 Programa de Taiwán	Lieu Ping Chow
- motas	
- estadísticas de servicio	
- evaluación	
- algunas lecciones aprendidas	
9. Evaluación de programas de Planificación Familiar en América Latina	
9.1 Normas para organizar sobre bases comparativas la evaluación de los programas de planificación familiar	Donald Bogue
9.2 Investigación en evaluación de programas de planificación familiar	Walter Mertens
10. América Latina: Programa de entrenamiento: Seminario de métodos de evaluación de programas en América Latina	Albino Bocaz

LISTA DE PARTICIPANTES Y OBSERVADORES

REUNION DE TRABAJO SOBRE EVALUACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, 5-9 ENERO, 1970

1. Participantes

1.1. Expertos extranjeros

Bogue, Donald
Chow, Liew Ping
Léridon, Henri
Mertens, Walter
Potter, Robert
Ridley, Jeanne Clare
Tietze, Christopher

1.2. Naciones Unidas

Cabello, Octavio (Oficial de Población)

1.3. CELADE

Bocaz, Albino
Carleton, Robert
Elizaga, Juan Carlos
García, Marfa Luisa
Gaslonde, Santiago
Henriques, Marfa Helena
Lopes, Valdecir
Miró, Carmen A.
Ortuzar, Julio
Rath, Ferdinand J.C.M.
Somoza, Jorge
Struyk, Albert
Vaessen, Martinus
Cruz, Carlos (Oficial de Información)

2. Observadores

2.1. Invitados

Bausch, James
Faúndes, Aníbal
Hall, Françoise
Requena, Mariano
Rothman, Ana Marfa
Sanhueza, Hernán
Ugarte, Manuel
Viel, GBenjamín

2.2. Alumnos becarios de CELADE

Avila, Roberto
Blanchard, Yves
Carrasco, Enrique
Chackiel, Juan
De Moya, Francisco
Euceda, Arturo
González, Fernando
Mezquita, Rodolfo
Rincón, Manuel
Villalobos, Luis E.
Voguet, Julio

2. INTRODUCCION

Puede decirse que en 1965, se inició la etapa de creciente actividad de los organismos especializados de las Naciones Unidas en el campo de la población, a raíz de los resultados de una encuesta internacional, realizada por la Secretaría General entre los Estados Miembros. Esa encuesta reveló que los gobiernos manifestaban efectivo interés en el estudio de los problemas resultantes de la acción recíproca del desarrollo económico y los cambios demográficos, a la vez que mostró la gran diversidad de los problemas demográficos no sólo entre los países del mundo desarrollado y aquéllos del mundo en vías de desarrollo, sino también entre estos últimos, desde el punto de vista del tamaño y crecimiento de su población.

Especialmente, después de la Resolución de la Asamblea General, de diciembre de 1966, en que se sugirió que los programas de población de las Naciones Unidas "deberían concentrarse más en programas de acción a nivel nacional y regional" y que las "investigaciones deberían ser restringidas a estudios que pudieran servir como herramientas prácticas para elaborar políticas y respaldar trabajos de terreno", fortalecida por la declaración de un grupo de Jefes de Estado, respaldada por el Secretario General, que proclamaba como un derecho básico de cada individuo poder decidir el número y el intervalo entre el nacimiento de sus hijos, prácticamente todos los organismos especializados comenzaron a considerar la incidencia y las vinculaciones de sus proyectos, con los programas de planificación familiar, de los países del mundo en vías de desarrollo.

Los veinte países de América Latina y el grupo de países de habla inglesa incorporados últimamente a la región como naciones independientes, ya para 1968 tenían en actividad Programas de Planificación Familiar, algunos en forma oficial, con directa participación en ellos de los organismos gubernativos de las áreas de la salud; otros, con apoyo gubernamental a entidades privadas, y, por último, algunos llevados a cabo exclusivamente por la actividad privada, a veces con no más respaldo que la simple tolerancia oficial.

CELADE nunca ha participado directa ni indirectamente en la organización o puesta en marcha de alguno de dichos programas, ni ha formulado juicios sobre sus bondades o la forma de administrarlos; pero, naturalmente, no podía dejar de conocer y registrar el que la totalidad de los países de la región, en una u otra forma, tienen en marcha programas de planificación familiar, y que un buen número de ellos ha adoptado la decisión oficial de prestar tales servicios a quienes acuden a las instituciones asistenciales de carácter gubernamental o a las privadas con apoyo del gobierno.

CELADE entiende que existe un programa de planificación familiar cuando de una manera sistemática un gobierno ha adoptado medidas tendientes a ofrecer servicios para regular la natalidad. En el hecho, el propósito es disminuirla, aunque, en algunos casos, estén complementados con tratamientos para la infertilidad. Estos servicios pueden ser directa o indirectamente dirigidos por un organismo gubernamental y ser prestados a través de sus propios centros asistenciales o pueden ofrecerse por conducto de organizaciones privadas, con las cuales el gobierno ha llegado a ciertos acuerdos. En general, estos programas incluyen algunos elementos de educación, información y divulgación, destinados a las mujeres, principalmente a aquéllas que toman contacto con el programa y con los servicios.

Algunos de los países han fijado para sus programas metas de salud (disminución de las tasas de aborto provocado, de mortalidad materna e infantil, etc.); otros, metas socio-económicas a mediano o largo plazo (influir en la demanda de asistencia sanitaria, de instrucción, en la oferta de mano de obra, etc.); otros, en fin, han definido metas estrictamente demográficas (rebajar en determinado porcentaje, en un plazo fijo, su tasa de natalidad); pero, todos los programas, cualesquiera que sean las metas que explícitamente indiquen, inevitablemente tendrán consecuencias demográficas.

Por ello no es extraño que CELADE ya haya recibido demandas para colaborar en lo que se podría calificar como la evaluación de los efectos de estos programas. Evaluación absolutamente indispensable si se desea ajustar el ritmo de desarrollo de los programas a metas que estén en consonancia con los recursos que el país puede destinar a estas actividades, y si se desea que el resultado de ellos esté acorde con los planes que se traen para determinar el número y estructura de la población de lo futuro.

Pese a la preparación del cuerpo docente de CELADE respecto de la metodología recomendada en las publicaciones profesionales para realizar tales trabajos de evaluación, labor que el Centro tenía que iniciar dentro de su programa de su asistencia técnica, se carecía de los suficientes elementos de juicio y del conocimiento necesarios para abordar con seguridad la enseñanza de esta materia a nivel regional.

De este hecho surgió la idea de que antes de abordar el cumplimiento del compromiso de ofrecer enseñanza en tales métodos de evaluación, era necesario obtener la información más completa posible de la metodología habitualmente aplicada por los profesionales en este campo. Con este fin, CELADE invitó, del 5 al 9 de enero de este año, a una Reunión de Trabajo con asistencia de un grupo de distinguidos expertos extranjeros, en la cual se analizaron no solamente los aspectos básicos del problema relacionados con los niveles y medidas de la fecundidad en América Latina y los métodos de encuestas y recolección de datos, sino que, también, se discutió específicamente el programa que debería desarrollarse en un Seminario que dirigiría el personal docente de CELADE para un grupo de funcionarios y profesionales latinoamericanos, directamente vinculados con la dirección, estadística y evaluación de los programas en sus respectivos países.

Este Documento resume la interpretación de cada uno de los docentes de CELADE acerca de las observaciones formuladas, sobre la materia específica de su curso en el Seminario sobre "Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar" y del cual este trabajo es uno de los documentos de referencia.

Es posible que más adelante sea necesario realizar otro Seminario similar; pero, CELADE sólo ha deseado utilizar su calidad de organismo regional para iniciar la enseñanza de una metodología específica, con la confianza de que, a muy breve plazo, en cada país se desarrollen los organismos docentes aptos para cumplir con esta misión a nivel nacional y confía que su iniciativa, además de canalizar el interés ya manifestado, sea decisiva para promover en la región la sistematización de los métodos e instrumentos que se empleen en la evaluación, que permitan, en una actividad de tanta trascendencia para su futuro, una eficaz y constructiva comparabilidad regional.

A esta Reunión de Trabajo concurren los señores Donald Bogue, Director del Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia de la Universidad de Chicago; Walter Mertens, Director Adjunto de la misma entidad; Lieu Ping Chow, Director del Centro de China (Taiwan) para la enseñanza internacional en planificación familiar; Henri Léridon, investigador del Instituto Nacional de Estudios Demográficos de París; Christopher Tietze, Director Asociado del Consejo de Población de Nueva York; Robert G. Potter, Profesor de Sociología de la Brown University (Rhode Island), y la señora Joanne Clare Ridley, investigadora del Instituto Internacional para el Estudio de la Reproducción Humana, de la Universidad de Columbia, y el Cuerpo docente de CELADE. Como observadores, los doctores Manuel Ugarte, Benjamín Viel, Mariano Requena, Aníbal Faúndes y Hernán Sanhueza, de Chile y un grupo de becarios de los Cursos Avanzado, de Especialización y becarios investigadores de CELADE.

3. NIVELES DE LA FECUNDIDAD EN AMÉRICA LATINA

El objetivo de partir con este tema es el de proporcionar una visión panorámica de la fecundidad en América Latina.

A pesar de ser éste un tema muy explorado, la ausencia de datos fidedignos y la propia complejidad del fenómeno involucran problemas para su investigación. Ejemplos de lo primero son el Boletín N° 7 de las Naciones Unidas, el trabajo de Collver y un artículo de Zulma Camisa publicado en el Milbank Memorial Fund. Ellos muestran que son pocos los países que tienen datos suficientes para un análisis acertado de la fecundidad.

El trabajo presentado a discusión (María Helena Henriques, CELADE, S/444/38, 1970) presenta estimaciones de los niveles de la fecundidad en América Latina discriminado por países, en base a distintas metodologías.

En otro documento de CELADE cuyo autor es Guillermo Macció se hace una presentación de los niveles uniformados en términos de las tasas de fecundidad por edad deducidas de las proyecciones de CELADE.

Con base a esta información se puede dividir América Latina según niveles de fecundidad, en tres regiones: Argentina y Uruguay con una fecundidad baja, tasas brutas de natalidad de 23,4 por mil y 20,5 por mil y tasas globales de fecundidad de 3,125 y 2,912, respectivamente. En un segundo grupo, de fecundidad moderada, contamos a Chile y Cuba, con tasas brutas de natalidad de 36,5 por mil y 32,0 por mil y tasas globales de fecundidad de 5,121 y 4,125, respectivamente. El tercer grupo se caracteriza por una fecundidad alta y comprende a los demás países. Sus tasas brutas de natalidad varían entre 43 y 51 por mil y sus tasas globales de fecundidad van desde 6,100 hasta 7,200.

La estructura de la fecundidad por edad nos permite hacer comparaciones con otros parámetros como son, por ejemplo, la edad media de las madres y la concentración de la fecundidad en algunos grupos de edades. En cuanto a lo primero, el panorama no es muy claro en América Latina. Para el período considerado 1950-60, la edad media de las madres ha aumentado en la mayor parte de los países, sin que se pueda observar en forma sistemática la relación a mayor edad media de las madres, menor nivel de fecundidad. En países donde la edad media de las madres ha disminuido se contempla un cambio en la estructura de la fecundidad por edad. Por ejemplo, en Colombia, la proporción de la fecundidad en el grupo 15-19 años descendió de 8,4 a 7,4 por ciento y a su vez aumentó la importancia relativa del grupo 30-49 años. En Ecuador se observa un fenómeno semejante; la proporción para el grupo de edades 15-19 bajó de 9 a 7,8 por ciento mientras que para el grupo 30-49 subió de 40 a 46 por ciento. En Argentina donde se observa una baja en la edad media de las madres, el grupo 15-29 cobra mayor importancia relativa, así como en la República Dominicana donde se observa un aumento de 8,6 a 9,4 por ciento en el grupo 15-19 y una baja de 27 a 22 por ciento en el de 30-49 años. En Brasil ha aumentado la concentración de la fecundidad en el grupo 20-34 años bajando por consiguiente en los grupos de edades 15-19, de 7,4 a 6,7 por ciento y en los de 35-49 años, de 29 a 26 por ciento.

A pesar de las reservas que nos merecen los datos, podemos llegar a ciertas conclusiones sobre los efectos que puede haber tenido sobre la fecundidad un descenso de la mortalidad, agregándole a ello el efecto que están teniendo los cambios en la nupcialidad. En un trabajo de Zulma Camisa para Centro América se nota una baja en la proporción de solteras, para el período 1950-60. Esta baja es notable para Costa Rica en los grupos de edades 25-29 y 30-34, así como para Guatemala donde la proporción de no solteras entre 1950-64 bajó en el grupo 25-29 de 19 a 15 por ciento.

Se cree en estos momentos, que el aumento en la fecundidad en el período 1950-60 puede deberse a tres razones:

- a) por la modificación de los patrones de nupcialidad,
- b) por la baja en la mortalidad,
- c) por un cambio en la fecundidad como tal, definida como el total de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva.

Estas observaciones ganan importancia en la medida que nuestra preocupación central es la evaluación de programas de planificación familiar. Es fundamental para los programas saber a qué grupos de edades dirigir con mayor atención las acciones en este campo.

Además de los efectos ya señalados hay algunos otros que de una manera u otra están incidiendo en el comportamiento de la fecundidad y se hace muy difícil aislar el efecto que un programa de planificación familiar podría tener sobre ellos. Por ejemplo, una modificación en el diferencial urbano-rural, según el área donde se dé el programa. La existencia del diferencial urbano-rural ha sido ampliamente discutida. Algunos defienden que este diferencial depende en gran medida de los distintos patrones de nupcialidad que rigen en el campo y en la ciudad, donde existe una edad más tardía para casarse, y también del desequilibrio en el índice de masculinidad. A este respecto el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL) realizado por CELADE en áreas urbanas, rurales y semi-urbanas, ha hecho valiosos aportes. Por ejemplo se ha visto que las mujeres en áreas urbanas utilizan más anticonceptivos y en forma más sofisticada que las mujeres en áreas rurales. Hay factores exclusivamente demográficos que están determinando este diferencial, pero que no lo explican totalmente; los datos de las encuestas de CELADE mostraron que existe un diferente comportamiento restrictivo frente a la fecundidad, traducido en uso o no de anticonceptivos, según el área que se considere.

Otro aspecto que empieza a ser importante o lo será posiblemente en la próxima década para el estudio de los cambios en la fecundidad en América Latina, es la conversión de las uniones consensuales en matrimonios legales, ya que hay una diferencia sustancial en la fecundidad de las mujeres según estén en uno u otro caso. En algunos países de América Latina, especialmente en América Central aproximadamente el 30 por ciento de las uniones son consensuales y teniendo en cuenta el diferencial y el cambio que se está produciendo hacia uniones legales, éste es un elemento que empieza a cobrar importancia. Hay en marcha un estudio de este fenómeno en base a las encuestas de fecundidad urbana hechas por el CELADE y cuando se conozcan sus resultados se podrá hablar con una base más sólida.

Otro tema que ha merecido poca atención de los demógrafos es el que se refiere a la amamantación. Si se tiene en cuenta por cierto un descenso en la mortalidad infantil, aumenta el número de niños que sobreviven y si éstos son amamantados, debe esperarse una baja en el nivel de la fecundidad. Se ha hecho para ciertas áreas de Europa, en especial Alemania Meridional, un estudio que relaciona las dos variables -nivel de fecundidad y amamantación- y no hay dudas que algunos de los diferenciales que aparentemente no se pueden explicar, entre la población urbana y rural de los países desarrollados, se deben probablemente a hábitos y tradiciones de amamantación distintos en cada una de las áreas.

En la encuesta de fecundidad rural que se está realizando en algunos países bajo la supervisión del CELADE, se ha incluido una pregunta que indaga el tiempo en que la mujer acostumbra dar pecho. Esto permitirá averiguar la existencia del diferencial según el tiempo de duración de la amamantación, pero quedan todavía algunas cuestiones pendientes como por ejemplo, si la amamantación es total o si se ve complementada por algún tipo de alimento suplementario.

Las diferencias en el período de amamantación llevan por supuesto a diferencias en el período de amenorrea post-partum y el hecho de que en las áreas rurales el período de amamantación sea más extendido puede ser un factor importante de considerar. Se están llevando adelante investigaciones al respecto y posiblemente en breve se estará en condiciones de demostrar directamente el efecto de cada tipo de amamantación sobre el intervalo que existe hasta la ovulación siguiente.

Hay así como éstas una serie de hipótesis parcialmente comprobadas y en la marcha de las investigaciones se debe aclarar mucho de lo que hasta el momento está en etapa de conjeturas.

4. PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA

1. Introducción

El objetivo de esta presentación es dar una visión panorámica sobre el estado actual de las actividades de planificación familiar en la región.

CELADE realiza desde 1968 esfuerzos por obtener el mayor número posible de datos de las actividades docentes, de investigación y de servicios de planificación familiar y otras que realizan las entidades privadas o gubernamentales, en cada uno de los países.

Los documentos A/97 y S.449/78 describen y resumen los datos parciales obtenidos en el período 1968-1969.

Serías dificultades hemos afrontado para tratar de obtener esta información. Por una parte, las fuentes y calidad de los datos que nos merecen toda suerte de dudas y por otro lado, criterios no uniformes impiden cualquier tipo de estudios que pretenda establecer cierto grado de comparabilidad entre los países o entre grupos de éstos.

Hemos definido en la introducción lo que entendemos por programas de planificación familiar en América Latina.

Esta definición, operacional, no implica que existan dentro de esos programas metas precisas, ni planes de organización y evaluación de ellos. Al referirse a casos específicos, será necesario consignar que los procedimientos empleados en cada caso, muchas veces imponen importantes limitaciones y restricciones a esta definición.

Dentro del espíritu de esta definición quedan incluidos 15 países. De América del Sur: Colombia, Chile, Ecuador; de América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; de las Islas del Caribe: Barbados, Cuba, Haití, Jamaica, República Dominicana y Trinidad Tobago.

En el resto de los países, existen actividades de planificación familiar, en distinto grado de desarrollo dirigidas por organizaciones privadas. En algunos casos, estas organizaciones privadas reciben apoyo gubernamental, mediante la autorización para utilizar los establecimientos y materiales de propiedad estatal o de las universidades. Seis países están en esta situación: Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay, Venezuela y México. En los tres países que primero figuran, debe señalarse el carácter paradójico de la situación ya que dichas actividades se realizan pese a las claras definiciones contrarias a toda política de control de natalidad que han expresado los gobiernos. En los otros dos restantes, Bolivia y Perú, la actividad privada de planificación familiar no recibe ningún apoyo gubernamental y se realiza en escala limitada contra la definición oficial pro-natalista de sus gobiernos.

2. Metas de los programas de planificación familiar

En general no existen claras definiciones de las metas fijadas por los programas. Estas varían de un país a otro, aún cuando existe un elemento común a todos ellos, expresado en tres objetivos de salud:

- a) Disminución en los daños de salud producidos por el aborto inducido.
- b) Disminución de la mortalidad materna producida por aborto y por la gran paridez.
- c) Disminución de la mortalidad infantil.

Solamente cuatro países: Barbados, Guatemala, República Dominicana y Trinidad y Tobago, además de las metas de salud, han incorporado objetivos demográficos, sin que ello signifique que hayan definido una política de población.

Es importante destacar, que en el corto lapso de tiempo que lleva el desarrollo de los programas, aún en aquellos países que definen metas más o menos precisas, éstas no han sido alcanzadas, en algunos casos porque éstas no estaban en consonancia con los recursos disponibles ni con la real organización de los servicios de salud existentes, dentro de los cuales debían funcionar los programas de planificación familiar, cuya cobertura inevitablemente no puede exceder de la cobertura general de salud que alcanzó el país. Un ejemplo evidente lo constituye el programa de Chile que durante el período de tres años ha alcanzado solamente al 60 por ciento de la meta inicialmente propuesta.

3. Organización de los programas

Las diferentes modalidades de la organización administrativa de los programas de planificación familiar en la región están determinadas por las características de la infraestructura de salud que caracteriza a la mayoría de los países, en los cuales funcionan servicios de salud dependientes de diferentes organismos: Ministerios de Salud, Seguros Sociales, sector privado, servicios mixtos, etc.

Dentro de este complejo sistema, los programas gubernamentales han desarrollado dos modalidades de integración de las actividades de planificación familiar. Tres países, República Dominicana, Barbados y Costa Rica, han creado departamentos especiales (Consejos de Población) que en línea vertical con equipos multidisciplinarios dirigen estas actividades, los otros 12 países, han incorporado los programas de Planificación Familiar dentro de sus programas materno-infantiles.

En ambas formas de organización administrativa existen problemas que eventualmente constituyen obstáculos al desarrollo integral de los programas.

Por otra parte la actividad privada colabora con los programas gubernamentales o desarrolla sus actividades aisladamente, derivándose de este hecho otros problemas en la organización de estos programas.

4. Fuentes de los datos sobre actividades de planificación familiar

Los datos que se recogen sobre actividades de planificación familiar adolecen de errores y omisiones o sobreestimaciones por varias causas:

- a) Las fichas de registros son inadecuadas o muy sobrecargadas de detalles o muy simplificadas, de tal modo que no incluyen datos básicos como edad, paridez, estado civil, abortos anteriores, etc.
- b) No existe un criterio uniforme para clasificar las complicaciones, las causas de cierres de caso o las pérdidas de control.
- c) No existen planes adecuados ni uniformes de seguimiento de las pacientes, lo que aumenta la dificultad de conocer el número de casos que continúa bajo tratamiento con uno u otro procedimiento anticonceptivo.

- d) No existen sistemas expeditos para la recolección del dato primario y salvo la República Dominicana, los demás países tabulan los datos mensualmente.

5. Educación en Planificación Familiar

El documento citado, recoge informes parciales sobre los programas de adiestramiento de personal de salud en Planificación Familiar en los diferentes países (cursos nacionales e internacionales). La tendencia recientemente observada es el desarrollo de cursos de 15 días de duración a un mes, para médicos y personal paramédico. Colombia y Costa Rica parecen ser los países donde ha sido adiestrado un mayor porcentaje de técnicos en salud en los diferentes niveles.

La información y divulgación de masas está a cargo, en general, de las organizaciones privadas, quienes producen y distribuyen folletos, afiches, artículos de prensa y radio. En general no existe material adecuado a las características de cada país para los diferentes grupos de la población.

6. Actividades asistenciales

El cuadro 2 del documento S.449/13 resume los datos de pacientes nuevas tratadas con algún procedimiento anticonceptivo por los programas gubernamentales y privados hasta el año 1968 y junio de 1969. Estos datos son incompletos por faltar informes de algunos países y adolecen de errores y evidentes contradicciones de cifras informadas por las mismas fuentes para el mismo año.

De todas maneras y en base a una estimación del porcentaje de mujeres en edad fértil (MEF) de la población de los diferentes países, podemos decir que en general los programas tienen cobertura baja, del orden de magnitud del 1 al 10 por ciento del total de las MEF. Chile y Costa Rica aparecen como los países donde los porcentajes son mayores. La mayoría oscila entre el 2 y 3 por ciento del total de las MEF tratadas por primera vez, lo cual no significa que aún permanezcan en el programa.

Ningún programa ha sido evaluado aún. Carecemos de información confiable de todos los países sobre el consumo de gestágenos sin prescripción médica, que utiliza parte de la población. En toda la región existe libre venta de estas drogas. Brasil, Argentina y México aparecen como los países donde la frecuencia de uso de gestágenos no otorgados por los programas es mayor.

7. Comentarios

Walter Mertens sugiere que sería de interés, con los datos de que se dispone, clasificar a los países con alguna forma de tipología que permita ilustrar la eficacia de los programas, comparando las metas que describen los programas con los resultados obtenidos.

Octavio Cabello, insistiendo sobre el mismo aspecto, cree que es indispensable realizar un esfuerzo por clasificar a los países, en forma convencional, según el estado en que se encuentran en relación con los objetivos propuestos.

Después de la visita de la Misión de las Naciones Unidas a Centroamérica y el Caribe y de acuerdo con los datos obtenidos de los otros países, se podrían clasificar en tres etapas:

- a) Países que están en fase de implantación del programa (como Ecuador, Panamá, Haití).
- b) Países que están en fase más avanzada de integración de las actividades de planificación familiar dentro de las funciones regulares de salud, tratando de expandir la oferta de anticonceptivos a todo el país (Guatemala, Costa Rica, Salvador, Nicaragua, Colombia, Chile, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Barbados).
- c) Países que están esforzándose por mejorar la eficiencia del programa, reduciendo costos y aumentando el rendimiento (Jamaica).

Ferdinand Rath comenta que llama la atención los datos recogidos de las actividades de planificación familiar hasta 1969. Advirtiendo que es evidente que existe peligro de subestimar las cifras de cobertura de las mujeres usuarias de anticonceptivos porque debe recordarse que existen muchas otras mujeres usuarias de anticonceptivos que no están en los programas. Por otra parte, también hay peligro de subestimar estas cifras por lo menos en los países de América Central. Las estadísticas de los servicios siguen el procedimiento de agregar cada mes los nuevos casos tratados, pero no se sabe absolutamente nada de cuántas de estas mujeres están aún en los programas.

Carmen A. Miró comenta que los programas de planificación familiar adolecen de todos los defectos de la administración pública en América Latina. La visita a los países de Centroamérica y el Caribe, que realizó la Misión de las Naciones Unidas, observó que los programas de higiene materno-infantil, en algunos países no existen o tienen muy baja cobertura, por lo cual la idea de integrar los programas de planificación familiar a éstos crea serias dificultades.

La Misión observó también deficiencias de los servicios y en algunos países, el gobierno está tratando de implementar los programas a niveles altos, pero se observa cierta resistencia en los niveles bajos que son los que deben realizar las acciones para cumplir estas actividades especialmente en el área rural.

El problema de seguimiento de los pacientes es el problema más serio que se observa en la región, hecho éste que dificulta el hacer juicios acerca de la eficacia de los programas.

La Dra. Hall, comenta que los sistemas de estadística, por lo menos en Chile, funcionan mal. Solamente un 60 por ciento de los centros que ofrecen servicios, informan al Servicio Nacional de Salud e inclusive algunos de los que no informan son de los servicios más activos. El informe estadístico es hecho por la matrona quien en general no ha estudiado estadística.

El Dr. Tietze sugiere que una manera de estimar en forma amplia (general) el consumo de gestágenos, es llevar un control del consumo total de los centros de planificación familiar o de las aduanas de importación y elaborar otras metodologías como encuestas KAP, para verificar estas cifras. Destaca la importancia de la prensa, la opinión de líderes políticos en los programas de planificación familiar que deberían ser tomados

en cuenta en la evaluación. Bogue objeta la necesidad de los demógrafos de evaluar los programas de planificación familiar que podrían, por las exigencias necesarias en la recolección de información, atrasar el desarrollo de los programas. Los estadísticos de los servicios de planificación familiar, sin estar recargados, necesariamente tienen que producir un mínimo de datos para la evaluación.

5. LA MEDICION DE LA FECUNDIDAD

5.1 Fuentes de datos para el estudio de la Fecundidad en América Latina

(Valdecir Lopes, CELADE S.444/5, 1970)

1. Censos de Población

En los países de América Latina, en lo pasado, no se dedicó gran atención a la obtención del dato número de hijos tenidos por las mujeres. Ello se puede ver en dos aspectos:

- a) el pequeño número de países que han incluido en sus boletas censales una pregunta sobre el tema y
- b) la poca preocupación en obtener una información fidedigna traducida en una buena preparación del funcionario que interviene en el trabajo y en la forma de hacer la pregunta referente al número de hijos tenidos por las mujeres.

De los 18 países que realizaron censos de población entre los años 1945 y 1954, solamente 7 incluyeron una pregunta sobre el número de hijos tenidos por las mujeres. Fueron ellos: Argentina (1947), Brasil (1950), Cuba (1953), República Dominicana (1950), México (1950), Panamá (1950) y Venezuela (1950) pero no siempre la información se refería a la población de 15 años y más; además en Argentina y Brasil la pregunta se refería a la vez a los hijos vivos y muertos.

En la década del 60 la situación no ha variado mucho. De los 15 países que tomaron censos de población, 9 de ellos investigaron el dato sobre fecundidad: Argentina, Brasil, Chile, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela. En algunos, además de preguntarse por el número de nacidos vivos, se indagó también la edad al casarse y al tener el primer hijo.

En cuanto a la disponibilidad de la información recogida, habría que considerarla bajo dos aspectos:

- a) las tabulaciones que generalmente se preparan y
- b) la actualidad de los datos publicados por los países.

El plan de tabulaciones recomendados por el IASI para los censos de 1970 en la región, incluye solamente un cuadro de primera prioridad destinado al estudio de la fecundidad, el que se refiere a la estructura por grupos quinquenales de edad de las mujeres según el número de nacidos vivos (de 0 a 9 hijos y 10 y más), para el país, divisiones administrativas mayores y zonas urbanas y rurales. Entre las tabulaciones de segunda prioridad, se propone el mismo cuadro controlado por nivel de educación de la mujer. Entre aquellas consideradas de utilidad, está la estructura por edad de las mujeres cruzada por edad al casarse.

Ahora bien, con respecto a la divulgación de los datos recogidos en los censos de 1960, el problema asume mayor gravedad. Todavía están pendientes la divulgación de los datos de 5 países, lo que significa que a pesar de que se haya investigado el dato de fecundidad, todavía no se dispone de esa información, aunque en algunos casos se hayan adelantado estimaciones, cuya base no siempre se conoce.

Para intentar obviar estas dificultades, más que del atraso, de la pobreza de los cuadros, el CELADE empezó a reunir muestras de los censos de población realizados en la región durante la década del 60, organizando con estas muestras un banco de datos, que tiene entre otros, el objetivo de ofrecer tabulaciones más detalladas, en las cuales se pueda cruzar otras variables de interés demográfico y que no hayan sido incluidas entre los programas de los países. Por ejemplo, en lo que respecta a la fecundidad, presentar cuadros de estructura por edad y estado conyugal; estructura por edad y nivel educacional; estructura por edad y actividad económica, etc., todos estos controlados por el número de nacidos vivos.

En cuanto a los próximos censos de población, que deberán realizarse a partir de 1970, puede preverse una situación algo mejor en lo que se refiere a datos sobre la fecundidad. Los proyectos de los cuestionarios indican que se está prestando más atención al tema. Se espera, por ejemplo, que la pregunta de hijos nacidos vivos se haga a todas las mujeres de 15 años y más (en el pasado esa pregunta se hacía en algunos países solamente a las mujeres casadas o a las que habían estado casadas alguna vez). Además la pregunta del número de nacidos vivos se desglosará, por lo general, preguntándose el número de hijos tenidos en total, los nacidos vivos, nacidos muertos, y de los nacidos vivos cuántos aún viven y cuántos han muerto. Se espera con eso obtener una información mejor de la que se ha obtenido hasta ahora.

2. Estadísticas de Registro Civil

De acuerdo a lo decidido en la reunión de la "Subcomisión de Estadísticas Demográficas, de Vivienda y Relacionadas" de la "Comisión de Mejoramiento de las Estadísticas Nacionales", realizada en diciembre de 1968, se recomienda la investigación de las siguientes características en relación con el informe del nacido vivo:

A. Geográficas

- a) lugar de registro
- b) lugar de ocurrencia
- c) lugar de residencia habitual de la madre

B. Sobre el nacido

- a) fecha de nacimiento
- b) sexo
- c) tipo de nacimiento (o si es múltiple)
- d) institución o casa donde ocurrió el hecho
- e) asistencia al parto

C. Sobre la madre

- a) fecha de nacimiento (o edad)
- b) número de hijos tenidos durante su vida (orden de nacimiento)
- c) estado conyugal
- d) alfabetismo

- e) nivel educacional
- f) tipo de actividad
- g) ocupación

D. Sobre el padre

- a) tipo de actividad
- b) ocupación

Parecería que las estadísticas de Registro Civil podrían proporcionar una información mucho mejor sobre la fecundidad que los censos de población, teniendo en cuenta no sólo la periodicidad sino también las variables que se investigan. Sin embargo, son ya muy conocidas las limitaciones de los datos que se obtienen a través de los Registros Civiles en los países de América Latina. Según el Anuario Demográfico de 1967, se ve que solamente 7 de los países de la región (Argentina, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, México y Panamá) presentan registros que cubren un 90 por ciento de los nacimientos ocurridos. Para tres países, Brasil, Haití y Paraguay, ni siquiera es posible hacer una estimación de la representatividad de los datos. Se debe llamar la atención además, que algunos países tabulan la información por año de registro y no de ocurrencia.

Por todos los elementos presentados, no es necesario insistir más para indicar que los datos que provienen de las estadísticas de Registro Civil son deficientes y posiblemente aún más que los que se pueden obtener a través de los censos de población.

3. Encuestas Demográficas

Parecería que lo mejor es acogerse a las encuestas demográficas para obtener información actual de buena calidad y que se pudiera seguir en el tiempo. Pero puede decirse que en la totalidad de los países no se ha adoptado este tipo de encuestas aunque el CELADE haya realizado dos trabajos en carácter experimental que puede decirse resultaron positivos. Ellos fueron: las encuestas de Guanabara (Brasil) y Cauquenes (Chile), a través de las cuales se obtuvieron datos para cálculo de tasas de fecundidad y de otros índices de interés demográfico.

Para referirnos ahora al tema que nos ocupa más directamente, o sea, la evaluación de programas de planificación familiar, se podrían agregar comentarios adicionales respecto a la utilidad de estas fuentes para el objetivo propuesto.

Los censos, por ejemplo, podrían ser una buena fuente de datos para la evaluación de programas de planificación familiar pero tienen algunas desventajas. En primer lugar es una gran tarea, necesita buena cantidad de dinero y recursos humanos y no es hecho con frecuencia. Además para los propósitos de la evaluación se necesitan datos suministrados a intervalos más cortos. El entrenamiento censal es muy difícil y hay problemas para controlar la calidad de los datos. Por lo tanto, otra limitación sería, cómo y cuándo estar seguros de la bondad de los datos de fecundidad. Quizás, una solución alternativa sería la realización frecuente de encuestas demográficas, por ejemplo, anualmente si fuera posible, con preguntas cortas que pudieran ser analizadas con rapidez. Otra alternativa que ha sido ensayada en Taiwán, es elegir una especie de área de registro con la cual

empezar (no el total del país sino que solamente un área) a registrar lo que ocurre en ella y entonces medir los cambios en la fecundidad utilizando un proceso de muestreo.

Por otro lado, y éste es un punto a favor de los censos, él es el único de los instrumentos que ahora mismo tenemos a nuestro alcance; que en un momento dado, si tiene datos fidedignos del nivel de la fecundidad, nos permite asociarla con muchas otras características de la población. Las encuestas CAP, por ejemplo, terminan por ser tan voluminosas que al final no se avanza de la manera que uno quisiera en el análisis.

Así es que no se debe olvidar que al menos, para países como los nuestros, el censo de población es el único instrumento que nos puede permitir hacer tabulaciones cruzadas del nivel de la fecundidad con la educación de la mujer, con el trabajo de la mujer, con la ocupación del marido, con la presencia o no del marido en la casa, etc..

Esta es una de las razones por las que el CELADE ha estado prestando mucha atención a lo que va a pasar en los censos que ahora vendrán.

5.2 Medidas de Fecundidad obtenidas de los Censos y Estadísticas Vitales: Usos y Limitaciones

(Marfa Helena Henriques, CELADE, S.448/10, 1970)

El documento presenta los indicadores más utilizados del nivel de la fecundidad, obtenidos de los censos y estadísticas vitales, además de discriminar sus principales usos, ventajas y limitaciones. Se pretende con ello discutir cuál o cuáles de éstos pueden ser de mayor utilidad en la evaluación de los programas de planificación familiar.

Los indicadores presentados son: la tasa bruta de natalidad, la tasa de fecundidad general, la relación niños-mujeres, las tasas de fecundidad por edad, la tasa global de fecundidad, la tasa bruta de reproducción, la tasa neta de reproducción y el número medio de hijos.

Después de haber visto las deficiencias que se presentan en los datos básicos, por supuesto, éste debe ser un punto en el que se debe poner atención cuando se calculan los indicadores, especialmente en aquéllos cuyo numerador y denominador provienen de fuentes distintas, lo que trae como consecuencia, casi generalmente, porcentajes diferentes de omisión.

Después de estos comentarios que quedarían al margen, cabría insistir en el tema central: de esta lista de medidas, o si es necesario ampliarla, ¿cuál o cuáles son de interés en la evaluación de programas?

Partiendo del conocimiento de que algunas de las medidas más corrientes están afectadas por factores tales como la estructura por sexo y edad, sería preferible utilizar las tasas de fecundidad por edad, más que la tasa bruta de natalidad o la tasa de fecundidad general. Se podría usar también la tasa global de fecundidad si se pretende dar una medida resumen de la situación. Pero hay un punto que está siempre pendiente cuando se habla de las medidas de la fecundidad y es el problema de su sensibilidad y especificidad. Si tomamos, por ejemplo, la tasa global de fecundidad, ella no cambia en períodos cortos de tiempo, o sea que no es muy sensible. Si tomamos por ejemplo las tasas específicas de fecundidad para edades superiores a los 30 años, se puede notar un mayor cambio. Así cuando se quiera simplemente comparar cambios a corto plazo nos quedaríamos con las tasas de fecundidad por edad de 30 años y más. Ahora, en lo que respecta a la sensibilidad, volveríamos a la cuestión ya planteada por Kingsley Davis, ¿cuánto del descenso de la fecundidad se debe al programa? Parece que la solución a este problema todavía no está dada y de la presentación de nuevas ideas podrían surgir algunas posibles soluciones.

En la perspectiva de incluir nuevas medidas a la lista de las tradicionales, convendría nombrar al método que se llama "análisis del numerador" y que tiene por cierto ventajas y desventajas. Dicho método consiste en analizar el rango de los nacimientos bajo el supuesto de que si se hace más y más planificación familiar, la proporción de nacimientos de rango más alto tendrá que bajar. Uno de los problemas que habría para la aplicación de este método en América Latina es la ausencia de los datos básicos que se necesitan, ya que solamente unos pocos países poseen los nacimientos clasificados por orden de ocurrencia. Sin embargo el análisis del numerador tiene también otras limitaciones. Por ejemplo, si se tiene una población que durante algunos años en el pasado ha experimentado altas tasas de nupcialidad y estas mujeres han acumulado ahora su primer y segundo hijo y están en vías de tener el tercero no se puede prever esto a menos que se tenga la información básica.

Ahora bien, volviendo a las medidas tradicionales, parece que realmente las más detalladas y de mayor utilidad son en realidad las tasas de fecundidad por edad. Hemos visto que la mayor parte de los países de América Latina tienen tasas brutas de natalidad alrededor del 40 por mil. Y supuestamente, si el control de la natalidad se hace en las edades más tardías del período reproductivo, eso puede significar que el propósito de las mujeres es más de reducir que de espaciar su fecundidad y se podría tomar esto como una reducción en las tasas de fecundidad por edad de estas mujeres. Por otro lado, si hay cambios en la nupcialidad ello podría no reflejarse quizá en las tasas de fecundidad por edad. Y suponiendo un control más bien limitado de la natalidad, podría haber una buena cantidad de independencia entre estos dos efectos, porque, o las mujeres se casaban a edades más tempranas, o no habría razón para esperar una fuerte compensación. Pero se debe distinguir una situación de un control de natalidad limitado de la situación de Argentina y Uruguay donde la planificación familiar es tan eficiente que, si hay matrimonios tardíos, las parejas para tener su número deseado de hijos pueden tenerlos un poco más tarde en su período reproductivo. Así se puede conseguir los principales efectos en las edades más tardías solamente con las tasas de fecundidad por edad, porque una medida resumen, tal como la tasa global de fecundidad, sería menos sensible y significaría algo así como una tasa de reproducción transversal que mediría solamente en cuánto las mujeres se están reemplazando; no nos dirían nada sobre la extensión de la generación, que es igualmente importante.

Uno de los temas que está puesto en la agenda para ser discutido en otro día, pero que a lo mejor se puede adelantar algo es el que se refiere a los hijos que viven con la madre ("own children analysis"). Esta es una medida obtenida de los censos y que ofrece gran potencialidad para el estudio de la fecundidad y especialmente de la fecundidad diferencial. Los detalles técnicos aparecen en un artículo de L. Cho en la revista "Demography". Consiste en tratar las entradas de la Cédula Censal como un registro tardío. De hecho, cuando la persona da el dato al empadronador censal respecto al número de niños en la vivienda, esto puede ser tomado como un registro de nacimiento, tardío o temprano en el momento de la declaración según la edad del niño. Se necesita tabular el dato adecuadamente, con los ajustes demográficos apropiados, y se obtienen medidas de la fecundidad corriente, digamos, en los 5 años precedentes al censo. Una de las limitaciones del número medio de hijos es que no se refiere a un tiempo específico, dice respecto al período reproductivo total desde que la mujer empezó a tener hijos. Y cuando se pretende medir cambios en la fecundidad, éste es un dato débil. De manera que, aún cuando el número total de hijos tenidos pueda ser tabulado en forma más precisa en 1970 de lo que fue en 1960, todavía no se tendrían datos de gran utilidad para medir cambios en la fecundidad. Es por ello que se está haciendo hincapié en que cada país de Asia incluya los hijos que viven con la madre como parte del censo de 1970. Se piensa que esto ayudará más en la medición de la fecundidad que el número medio de hijos. Además, tiene la ventaja adicional de que no se necesita hacer una pregunta especial; todo está contenido en la boleta de la familia.

Volviendo a la utilidad de las medidas tradicionales, ya habíamos quedado en que las tasas de fecundidad por edad serían de las que se podría sacar mayor provecho para medir los cambios en la fecundidad. Se

dijo también que podría ser que los cambios se están produciendo principalmente en ciertos grupos de edades y se sugirió usar algo que se podría llamar - a pesar de que el nombre está mal empleado - una "tasa acumulativa de fecundidad", que sería la suma para aquellos grupos estratégicos. Se plantea ahora si en lugar de truncar estas series de tasas -que de todas maneras son heterogéneas porque reúnen a mujeres que practican y no practican planificación familiar- no será mejor calcular otras tasas específicas. Siempre la elección de la medida adecuada va a depender del propósito que tengamos en mente; en algunos casos las tasas truncadas han demostrado ser de gran utilidad; en otros a lo mejor habría que separar a las mujeres según usuarias o no de la planificación familiar. Ya se ha hablado también de "los hijos que viven con la madre" como una medida más sensible a los esfuerzos que se están haciendo en el campo de la planificación familiar. Podríamos agregar otras medidas como ser: el intervalo abierto de nacimiento y las mujeres actualmente embarazadas. Ambas son sensibles a los cambios que se pueden producir en la fecundidad pero son temas que se discutirán más adelante.

En resumen, parece ser que la fuerza y la limitación de todos estos índices radica en su fidelidad. Ellos incluyen no solamente el efecto directo del programa, sino también el indirecto. Quizás, el impacto más importante del programa es difundir más la planificación familiar. Se ha encontrado en un buen número de países de América Latina y quizás de Asia, la planificación familiar operando a niveles privados y por supuesto, con una misma consecuencia. Por lo tanto, todos estos índices muestran la fuerza y la limitación de reflejar toda esta mezcla y serían necesarios índices bastante diferentes para aislar el efecto de las participantes en los programas.

5.3 Determinantes de los cambios de fecundidad

(R. Carleton)

El autor, presenta un documento publicado en la serie S/447/38 en el cual, hace una comparación de los cambios de fecundidad ocurridos en los países desarrollados ("de primera ola") en donde el desarrollo económico-social fue determinante del control de la fecundidad aún en una época en que el desarrollo de técnicas anticonceptivas era incipiente como resultado de una decisión racional individual. En cambio en el período posterior a la Guerra, en los países subdesarrollados ("de segunda ola") se promueven esfuerzos gubernamentales en países asiáticos y recientemente en América Latina, que al igual que en el control de la mortalidad, se dirigen al desarrollo de técnicas anticonceptivas eficaces y al implementar programas para extender el uso de éstos a toda la población. Un resumen de los factores determinantes que afectan la intensidad y dirección de la motivación acerca de la fecundidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo, se presentan posteriormente (el cambio del papel de la familia, del papel de la mujer y del niño que deja de ser fuente de ingreso para transformarse en un productor de gastos, etc.).

El efecto de demostración, muy evidente en los países de América Latina, en donde el proceso de desarrollo conlleva bajos salarios a la vez que se aspira a la obtención de bienestar; entra en conflicto con la tradicional conducta reproductiva no controlada. Modernizados como "consumidores" pronto toman conocimiento de la inconsistencia entre sus nuevas metas de consumo y de tamaño tradicional de su familia.

Los países en vías de desarrollo presentan entre otras características una amalgama de ultramodernismo con el tradicionalismo pre industrial. Este hecho crea una situación diametralmente opuesta al tipo de racionalidad individual que prevaleció en los países que controlaron la fecundidad en el pasado.

Es en ésta, pero unidireccional asociación cultural entre los países desarrollados, en la cual se encuentra la explicación de la débil motivación de control de fecundidad que se observa en los países en vías de desarrollo.

Por eso, piensa el autor, que el desarrollo económico por sí mismo en los países en vías de desarrollo, no produciría el tipo de motivación de control de fecundidad que se observó en los países hoy desarrollados.

La intensidad y motivación hacia la fecundidad no depende sólo del nivel económico alcanzado sino de la naturaleza y las características del proceso de desarrollo.

Un ejemplo válido de esto lo constituye el caso de Japón y la Unión Soviética, donde por caminos diferentes, pero separados de la influencia de los países que en el pasado controlaron la fecundidad, soslayaron el tipo híbrido de nacionalidad que produce los perjudiciales efectos que se observan en los países en vías de desarrollo.

Ambos países han alcanzado un alto grado de desarrollo industrial y al mismo tiempo lograron una conducta reproductiva controlista sin recurrir al uso de grandes programas de planificación familiar.

Relacionando el tema de su documento con la evaluación de programas de planificación familiar, el autor, piensa que es indispensable tratar que las encuestas KAP, midan ambas direcciones, "motivación" e "intensidad de la motivación". No expresa ideas concretas sobre los tipos de preguntas que con estos objetivos se deban incluir en estas encuestas, pero sugiere algunas formas de preguntas, a manera de ejemplos.

Discusión

-Walters Mertens, comenta que en consideración al tema del "Seminario de evaluación de programas de planificación familiar", y en vista que el documento de Carleton ha mostrado que cualquier cambio en la fecundidad se relaciona con otros cambios socio-económicos y psicológicos y la necesidad de la motivación cree que es indispensable con métodos de encuestas, antes de iniciar un programa averiguar qué nivel de motivación existe previamente. En esta forma, se podrían tener algunos indicadores sobre la utilidad del programa antes de que se observen cambios demográficos.

Es posible que un programa sea eficiente si logra solamente producir cambios de la motivación sin que se observen cambios demográficos hasta algunos años posteriores y sugiere que se piense en el tipo de preguntas que deben incluirse con este objetivo en encuestas de evaluación.

-Robert Carleton, opina que es necesario incluir preguntas en las encuestas KAP que permitan medir la dirección e intensidad de la motivación. Sugiere que podrían incluirse una serie de preguntas respecto al ideal del tamaño de la familia; debería preguntarse además bajo qué condiciones desearían alcanzar este ideal. ¿Con uso de anticonceptivos?. Finalmente, enumera otra serie de preguntas relativas a la aceptación de métodos anticonceptivos.

-Robert Potter, sugiere que es necesario dividir el problema en 2 partes: 1º lograr diferenciar en la población a las personas que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. 2º tratar de encontrar los factores por los cuales se diferencia el grupo de los que desean limitar los nacimientos, los que están haciendo algo para ello y los que no hacen nada aun cuando desean limitar los nacimientos.

-Henri Léridon, llama la atención sobre la importancia de los patrones de nupcialidad que se observan en los países cuando se desea juzgar la eficacia de los programas de planificación familiar.

Recuerda que algunos patrones, influyen disminuyendo y otros incrementando la fecundidad. En una encuesta realizada por él en Martinica, observó que si las uniones ilegales, en general inestables, se transformaran en legales, la fecundidad subiría por este efecto en un 30 por ciento.

6. LAS MEDIDAS DE LOS NIVELES Y CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD OBTENIDOS DE ENCUESTAS Y OTRAS FUENTES

6.1 Uso de la historia de embarazo

(Robert Carleton)

El documento S.446/15, analiza algunos aspectos del método propuesto por Donald Bogue para utilizar la historia de embarazo con fines de determinar cambios de la fecundidad en períodos cortos de tiempo.

El documento presenta un método que pretende solucionar el error de muestras en la medición de los cambios de fecundidad, por el método de Bogue.

La modificación propuesta por el autor hace necesario distinguir 2 clases diferentes de error de la muestra, derivado del hecho de que los diferentes grupos de mujeres, en cada quinquenio, pueden ser no representativos con respecto a: a) su nivel de fecundidad; b) a la proporción de mujeres cuya fecundidad está cambiando más o menos rápidamente.

Ilustra el caso con un ejemplo de mujeres de 30 a 34 años de la ciudad de México entrevistadas en la encuesta comparativa de fecundidad urbana en 7 capitales de América Latina en 1963.

El documento describe además el procedimiento matemático para poder corregir 2 errores de la muestra que podrían conducir a sobrestimar o subestimar los cambios de la fecundidad producidos por un programa de planificación familiar.

Pretende demostrar con la modificación al método que aunque presente errores en la muestra éstos pueden disminuirse.

Discusión

Bogue, comenta que con el método de la historia de embarazo, que no debe estar asociado a su nombre porque es una vieja técnica, se pueden hacer todas las especificaciones que se sugieren sin necesidad de duplicar casos.

Piensa que con fines de evaluación de programas se puede repetir la encuesta en diferentes períodos de tiempos, antes de iniciar un programa y después de él, tal como lo ha hecho en San Gregorio el Dr. Anibal Faúndes, el método es válido para determinar la eficacia del programa.

Intervienen en la discusión para analizar aspectos específicos del procedimiento propuesto por Carleton, Ridley, Potter, Tietze y Chaw y se puede concluir que una discusión de este tipo merecería un período más largo de tiempo probando el método en otras edades, ya que el objetivo de la reunión es descubrir cuál o cuáles métodos son mejores para evaluar programas.

6.2 El método de los hijos propios para estimar la fecundidad reciente. El caso de Malasia Occidental
(A. Bocaz)

El documento presentado a la Reunión describe los procedimientos metodológicos para estimar la fecundidad reciente en Malasia Occidental, basándose en una encuesta socio-económica.

Las medidas referidas a fecundidad pueden calcularse con base en datos de niños menores de 5 y 5-9 años que viven con la madre, y edad de la madre, que se pueden obtener de datos censales o de encuestas. Es necesario hacer ciertos ajustes para el cálculo de las tasas de fecundidad. Ellos se refieren a los márgenes permitidos por el efecto de la mortalidad de los niños y de las mujeres y por el hecho de que algunos niños no viven con su madre. En el caso de los datos censales debe considerarse además un ajuste adicional debido a la sub-enumeración de niños y mujeres.

El documento describe el procedimiento matemático mediante el cual se obtienen las tasas de fecundidad para los diez años anteriores a la encuesta socio-económica de Malasia.

Conclusiones: el autor concluye que el método de niños propios es una técnica adecuada en los países en que se cumplen las siguientes condiciones:

- a) Los datos sobre edad de niños dados por los censos y encuestas es adecuado.
- b) Los niños menores viven, en su gran mayoría, con sus madres y su relación con el jefe del hogar o de la vivienda es claro.
- c) La mortalidad es relativamente baja.

Comentario

Bogue opina que el método de hijos propios es un buen método para medir la fecundidad en períodos cortos de tiempo. Insiste en que después de haber sido usada la pregunta en el censo de los Estados Unidos, ellos han hecho muchas recomendaciones para que ella sea incluida en los nuevos censos de 1970 de Asia.

El Dr. Chav sugiere que para medir cambios de fecundidad por programas de planificación familiar deben usarse tasas específicas por edad, pero llama la atención sobre el hecho de que puede ocurrir que los cambios atribuibles al programa, se estén produciendo en ciertos grupos de edades, por lo cual opina que se debe usar la suma de las tasas de los grupos estratégicos más sensibles a los programas y construir una "tasa acumulativa de fecundidad" sobre los treinta años.

Sugiere otras medidas que le parecen válidas para evaluar programas como son "el intervalo abierto, la tasa de embarazo y el cálculo del porcentaje de mujeres casadas que se embarazan.

Bogue opina respecto a la ventaja o desventaja de usar el método de historia de embarazo o el de hijos propios para el cálculo de la fecundidad en períodos cortos y determinar si esos cambios se deben a un programa de planificación familiar, que si se logra hacer una encuesta a nivel nacional, y se dispone de los datos, que aun cuando son muchos y con mucho detalle, es preferible usar la historia de embarazo.

En los casos de los censos, aún sin agregar preguntas adicionales, se puede hacer el estudio de los cambios de la fecundidad a corto plazo con el método de los hijos propios.

Valdecir Lopes comenta que los censos actuales, de hecho, ofrecen dificultades para el uso de este método especialmente en los casos de familias extendidas o los hogares censales donde hay personas que ni siquiera son parientes.

Walter Hiertens cree que no es conveniente oponer los dos métodos para discutir cuál es mejor, si la historia de embarazo o los hijos propios. Según cuáles sean las circunstancias o el objetivo de la investigación, cada método tiene ventajas y desventajas. Con la historia de embarazo se obtiene información sobre espaciamiento de nacimientos que no se obtiene con el censo o con alguna pregunta similar de encuesta.

6.3 Uso de la Historia de vida sexual del último año para determinar la incidencia del aborto inducido y de ciertas otras variables en un nivel de fecundidad

Santiago Gaslonde presenta el trabajo CELADE: S.442/44, de noviembre, 1969, en el que se expone el método propuesto cuyas características son las siguientes:

Se recaban, por medio de una encuesta a mujeres de una muestra aleatoria de todas las mujeres en edad fértil de la población, datos sobre lo relacionado con su vida sexual en el último año, o sea el que precedió a la encuesta. Se procura saber:

- a) Los meses de embarazo que eventualmente tuvieron, y el tipo de relaciones sexuales (con o sin A.C.) antes del embarazo;
- b) Los meses sin relaciones sexuales (por ausencia, separación, enfermedad, celibato, etc.).
- c) Los meses con relaciones sexuales durante el año y su tipo (con A.C. eficaces, con A.C. menos eficaces y sin A.C.).
- d) Los productos (nacidos vivos, nacidos muertos y abortos) a los que dieron lugar los embarazos terminados en el año, clasificados según el tipo de relaciones sexuales que precedieron a estos embarazos.

Una vez conseguidos estos datos, se procede a calcular una fecundidad teórica, llamada fecundidad potencial máxima, cual habría sido la que se hubiera presentado si todas las mujeres hubieran tenido relaciones sexuales sin usar A.C., ni acudir al aborto inducido. La diferencia entre esta fecundidad potencial máxima y la fecundidad observada, es decir el nivel de fecundidad real, dará el papel jugado por todas las variables limitantes. Entre otras, el uso de A.C. y del aborto.

El método expuesto en el S.442/44, al que conviene referirse para conocer su desarrollo, no deja de presentar unos cuantos sesgos, algunos aparentes para los cuales se toman las debidas precauciones, y otros reales, tal como viene expuesto en el mencionado trabajo.

Entre los sesgos posibles el más importante es el que afecta al cálculo de la fecundidad potencial máxima (Fpm) y fue sobre ese punto que se centró casi toda la discusión que siguió a la exposición de Gaslonde. Se sospecha que las mujeres que tienen relaciones sexuales sin usar A.C., que son las que dan los meses del denominador en la tasa Fpm, pueden ser las que están menos expuestas al riesgo de embarazarse, por la edad u otras causas. En este caso la Fpm quedaría subestimada y, en consecuencia, también el efecto de las variables (uso de A.C. y aborto) en el nivel de fecundidad observado.

Sin embargo, se llegó a la conclusión que ese sesgo no era de la mayor importancia, pudiendo incluso utilizar una Fpm prefijada que sirviera de base comparativa (Tietze). Lo cual fue aceptado por el expositor que señaló el hecho que, según la altura de la Fpm dada "a priori" variarían las cifras absolutas del efecto de las variables, pero las cifras relativas, o sea el efecto relativo de cada una de ellas en el efecto total, no cambiarían. Y, permitiría valorar los cambios en el tiempo si, en las encuestas sucesivas, se tomara siempre para los cálculos la misma Fpm "a priori" del primer análisis.

Otro asistente al Workshop (Rothman) señaló que si se complementara el cuestionario con algunas preguntas pertinentes a los programas de planificación familiar, podría servir este método de la Historia de Vida Sexual a la evaluación de los programas, además de su utilidad más general.

7. METODOS USADOS PARA MEDIR LA EFECTIVIDAD CLINICA O DEMOGRAFICA DE ANTICONCEPTIVOS

7.1 Efectividad de uso y de uso extendido

Esencialmente el Dr. Tietze se refirió a lo que ha estado haciendo en el pasado acerca de este tipo de mediciones y a los trabajos del Dr. Potter.

Definió los tres conceptos fundamentales de efectividad: la efectividad teórica que se obtiene bajo condiciones ideales; la efectividad de uso clásica, en la que se considera la efectividad de un método anticonceptivo desde su adopción hasta el momento en que se produce discontinuación por causas diversas incluido el embarazo accidental y la efectividad de uso extendido en que se contabiliza períodos de no uso que siguen a la adopción del método algunos de los cuales terminan en embarazo.

Dado que las mujeres que adoptan el método anticonceptivo recomendado por el programa entran y salen de la experiencia en tiempos diferentes y a medida que pasa el tiempo el grupo que queda bajo tratamiento tiende a estar integrado por mujeres de menor fecundabilidad, una de las maneras más recomendables para analizar las tasas de continuación y las tasas acumuladas de embarazos es construir una tabla de vida.

Esta tabla de vida puede hacerse de decrecimiento simple si se considera como única posibilidad de salida el embarazo accidental o bien de decrecimiento múltiple si se consideran otros tipos de salidas y se contabilizan los tiempos de no uso que siguen a la adopción del método anticonceptivo. Las ideas de ambos casos han sido desarrolladas por el Dr. Potter en sus trabajos: "Aplicación de la técnica de tabla de vida de decrecimiento simple para medir la efectividad de un anticonceptivo", Demography, 3, Vol. 2, y "La tabla de vida de decrecimiento múltiple como una aproximación para medir la efectividad de uso y efectividad demográfica de la anticoncepción", Conferencia de Sydney, 1967.

Dado que las estadísticas de servicio no aportan suficientemente bien estos datos se recomienda muestrear un grupo de mujeres que han pasado por los servicios de planificación familiar y hacer el seguimiento para ver que ha pasado con estas mujeres desde que adoptaron el método anticonceptivo recomendado por el programa. Surgen problemas en la construcción de estas tablas de vida debido a la falta de respuesta. La sustitución de esta falta de respuesta, siempre que no sea exagerada, puede hacerse siguiendo las recomendaciones del Dr. Tietze. (véase el documento "Evaluación estadística de métodos anticonceptivos: efectividad de uso y de uso extendido", Ch. Tietze y S. Lévit, Demography, 5, Vol. 2, 1968).

7.2 Intervalo entre nacimientos

Al comparar la magnitud media de los intervalos entre nacimientos, para mujeres que han completado su vida fértil sea que estas mujeres han estado en régimen natural o han recurrido al uso de anticonceptivos, se puede ver que no existen diferencias significativas. Más bien lo que puede observarse son diferencias de cierta importancia cuando se hace el análisis para mujeres según el tamaño final de la familia.

Todo programa familiar se puede descomponer en dos partes esenciales: el número total de hijos deseados y el calendario de constitución de la familia. En este último, el dato de partida lo constituye la edad al casarse, lo que determina la longitud de vida fértil. Además si el primer niño nace muy luego después del

matrimonio y el número total de niños deseados es bajo (2 ó 3) esto condiciona las edades a las que la madre tendrá sus hijos (la magnitud de los intervalos entre los nacimientos) y la tasa de crecimiento natural de la población.

Los intervalos entre nacimientos comienzan a contarse después del primer nacido vivo y varían en tamaño en la medida que la pareja ha logrado llegar a un tamaño deseado de familia temprana o tardíamente. La eficacia de la anticoncepción en el matrimonio aumenta por esa razón y al hecho de producirse un aumento de la esterilidad de la mujer.

Se concluye de allí que el efecto de los anticonceptivos para espaciar los hijos es menor que el efecto para limitar la familia.

Se puede variar el calendario de constitución de la familia de distintas maneras siendo esenciales para esa variación el número deseado de hijos y la eficacia de los anticonceptivos para limitar la familia.

Al estudiar los intervalos medios entre nacimientos es importante hacer el análisis según el tamaño final de la familia. Así por ejemplo, si el tamaño final de la familia es de 5 niños ó de 8 niños estos intervalos medios variarán diferentemente. La variación corresponde a curvas monótonamente crecientes ubicadas, obviamente, más arriba que las curvas correspondientes a familias de tamaño más reducido.

Cuando se calcula el intervalo medio entre el nacimiento (i) y el (i+1) para las mujeres de la población o del programa de planificación familiar se está calculando una media ponderada de intervalos medios relativos a diversas dimensiones finales de la familia. Las variaciones que pueden observarse en el tiempo pueden deberse a:

- a) Modificación de los intervalos medios dentro de cada dimensión final,
- b) modificación de la proporción de familias según el número de niños en ese instante.

Ambos factores operan en la misma dirección, teniendo uno un efecto en el calendario y el otro en disminuir la fecundidad y por tanto, será difícil determinar el efecto neto del programa de planificación familiar.

Ligado a los intervalos cerrados descritos anteriormente se puede considerar los denominados intervalos abiertos, que corresponden al caso obtenido en una encuesta de la población cuando la mujer en edad fértil después de su último nacido vivo aún permanece en estado fecundable.

Puede pensarse que un intervalo abierto se puede generar por truncamiento al azar de un intervalo cerrado. Tal supuesto deja un problema difícil de resolver que es el orden de magnitud aleatorio que debe elegirse para tal truncamiento. Evidentemente que resulta más fácil determinar empíricamente tales magnitudes en base de encuestas aleatorias elegidas en la población de mujeres en edad fértil. En esta muestra se encontrará intervalos abiertos diferentes según sea la condición de la mujer frente al uso de anticonceptivos.

Srinivasan ha propuesto comparar la magnitud del intervalo abierto con la magnitud del intervalo cerrado del mismo orden de paridez en una muestra de mujeres en edad fértil. Tal muestra exige comparar mujeres de la misma edad que tengan además una serie de características semejantes (sociales y demográficas) y que la diferencia única y preponderante sea que están bajo el programa de planificación familiar o no.

Se puede, en forma sencilla, también comparar la proporción de mujeres que al llegar a una paridez determinada continúan en esa paridez. Bajo la condición que estas mujeres son iguales en una serie de características demográficas y sociales adicionales, pero que se distinguen por estar usando los métodos anticonceptivos recomendados por el programa de planificación familiar, si esa proporción es mayor que la observada en las mujeres que no participan del programa, este índice sencillo puede usarse como medida de evaluación.

7.3 Estimación de nacimientos evitados por efecto de un programa

Se indicó que todo programa de planificación familiar tiene dos efectos fundamentales; el efecto directo que significa la reducción de la fecundidad de las mujeres que adoptan el programa y el efecto indirecto o catalítico que se refiere a la influencia del programa en las mujeres fértiles que no lo adoptan directamente y que no están bajo control.

La estimación del efecto directo puede hacerse a través de la técnica denominada de los nacimientos evitados en que se calcula la diferencia entre los nacidos vivos que se hubieran tenido sin la presencia del programa y los nacidos vivos efectivamente observados.

Dado que las mujeres que adoptan los programas son mujeres muy seleccionadas en cuanto a diversas características demográficas, en especial en lo que se refiere a su fecundidad se hace completamente imposible encontrar en la población un grupo de control que permita conocer lo que habría pasado en las mujeres del programa si ellas no hubieran recurrido a él.

No existiendo, por lo tanto, ese grupo de control se puede aceptar una solución de regular calidad que consiste en determinar el alargamiento del estado fecundable en las mujeres según diversas características demográficas y sociales. Este alargamiento se traduce en número de nacidos evitados conociendo cuál es la longitud del estado fecundable bajo ausencia de programa.

Esta técnica ha sido aplicada por el Dr. Potter y se encuentra explicada en su artículo: "Estimación de los nacimientos evitados en un programa de planificación familiar". Un enfoque de tipo análogo puede verse también en el artículo del Dr. Wolfers publicado en la revista Population Studies, Vol. XXIII, N° 1, págs. 111 a 140 bajo el título de "Los efectos demográficos de un programa de anticoncepción".

7.4 Modelos de simulación para Evaluación de Programas de Planificación Familiar

Se puede decir que estos modelos tienen cierta potencialidad para ese objetivo. Esto se ha visto con las pocas aplicaciones que se han hecho y todo está por ahora en camino de tomar una dirección apropiada.

Los modelos trabajados por Sheps-Ridley se denominan REPSIM o modelos de simulación en reproducción humana. El primer modelo ha sido el REPSIM A lo que ha originado, luego de ser trabajado, un modelo más sofisticado denominado REPSIM B. El Instituto de Investigación Triángulo de la Universidad de Carolina del Norte ha desarrollado un modelo de evolución poblacional denominado POPSIM en el que intervienen las tasas demográficas corrientemente usadas por los demógrafos: mortalidad, fecundidad, migración actuando estos elementos en forma probabilística y no como un valor esperado μ_p . A este modelo actualmente se le trata de agregar un modelo biológico en la parte referente a la fecundidad.

Los modelos de simulación se han desarrollado antes de los métodos de evaluación de planificación familiar con un fin más amplio, cual es el estudiar la fecundidad y de paso al considerar el efecto que sobre ella tiene la adopción de métodos anticonceptivos se ha pensado en la posibilidad de usar la simulación para la evaluación de programas de planificación familiar.

El Dr. Potter y Sakoda han desarrollado en la Universidad de Browning el modelo denominado FERHOD, tratando de usar computadoras de memorias más reducidas y de determinar valores esperados N_p mediante el uso de proporciones previamente establecidas por las condiciones del área en diversas variables demográficas y biológicas.

Los micro-modelos anotados anteriormente (sistemas REPSIM y POPSIM) caen dentro de los modelos tipo MONTECARLO, dado que los diversos factores que determinan la posible posición de un punto en el espacio (estado) se determina por un juego de ruleta en la que participan las diversas probabilidades consideradas en el modelo.

En los modelos de simulación debe considerarse una serie de estados posibles en que puede encontrarse la mujer desde que entra a la edad fértil (15 años). Estos estados pueden ser entre otros: casada, muerta, estéril, embarazada, planificadora, etc. algunos de los cuales son compatibles entre sí (actúan simultáneamente en la ubicación del punto en el espacio n -dimensional).

En cada momento (ciclo) una mujer tiene una cierta probabilidad de estar en un estado determinado. Esta probabilidad se determina por el uso de un número aleatorio producido por el computador y se hace recorrer a cada una de (n) mujeres sus 13x35 ciclos en que permanece en período fértil.

Posteriormente se dejan estos resultados obtenidos por mujer en cierto lugar de la memoria del computador y se continúa con otra mujer, hasta completar las (n) mujeres. Finalmente se preparan en base de esos datos distribuciones de frecuencia para el análisis propiamente tal. De esa manera lo que se trata mediante el computador es "inventar" los datos de (n) mujeres en edad fértil sometidas a ciertas condiciones teóricas y determinar posteriormente una serie de tabulaciones para el análisis de los resultados. Se supone que los valores teóricos usados en el modelo corresponden a ciertas situaciones realmente observadas en poblaciones humanas o bien se usan para ciertos parámetros del modelo de valores probables que llevan finalmente a reproducir de cerca ciertas distribuciones observadas.

Dentro del modelo evidentemente se puede introducir el uso de anticonceptivos de eficacia diversa y con propósitos como limitar o espaciar la familia. De todas maneras hasta ahora se ha introducido este factor (uso de anticoncepción) en forma muy rústica y los resultados obtenidos no son tan favorables como para poder decir, que en el estado actual de desarrollo de los modelos, puedan efectivamente usarse para evaluación de programas de planificación familiar.

8. EVALUACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

8.1 Programa de Taiwán.

(Lieu Ping Chow)

Una breve exposición presentada por el autor resumió los objetivos, desarrollo, evaluación y resultados obtenidos en el Programa de Planificación Familiar de Taiwán, iniciado en enero de 1964.

Objetivos

- a) Lograr en 10 años, en el período comprendido entre 1963 y 1973, disminuir la tasa bruta de natalidad de 36,3 a 24,1.
- b) Disminuir la tasa general de fecundidad de 170 a 98.
- c) Disminuir el crecimiento natural de la población de 3,02 por ciento a 1,87 por ciento.

Método

Para cumplir con los objetivos previstos, se propusieron insertar 600 000 Loop en 5 años, distribuyendo para cada año un número similar de 120 000 Loop, lo que representa una colocación mensual de 10 000 DIU. Posteriormente, en base a los resultados de una encuesta KAP, se redistribuyeron las metas tomando en consideración la diferente distribución geográfica de las mujeres que usaban métodos anticonceptivos con anterioridad al programa.

Personal

Se contó con 430 trabajadoras de salud y 80 trabajadoras de campo, distribuidas a razón de una por cada 30 000 habitantes. 600 médicos privados, además de los médicos de los servicios de salud, colaboran con el programa.

Sistema de registro

Se ha utilizado desde el comienzo del Programa el sistema de cupón pre-codificado que consta de tres partes: la primera sirve para anotar el nombre de la paciente, nombre de la persona que entrega el cupón y dirección de la paciente; en la segunda parte, que debe ser llenada por la persona que refiere el caso a la Central de Evaluación, incluye los siguientes datos: nombre, edad, nombre del jefe del hogar, número de hijos vivos totales de ambos sexos, dirección, nombre del lugar, nombre y tipo de la persona que refiere el caso, fecha de la inserción del dispositivo, tipo del dispositivo, nombre de la clínica y nombre y dirección del médico. Además se han agregado tres preguntas: a) ¿Quiere usted tener más hijos? b) ¿Qué anticonceptivos ha usado usted últimamente? y c) ¿Cuándo nació su último hijo? La tercera parte, queda en poder del médico para remitirlo a la Central de Evaluación a fin de recibir 75 centavos de dólar, la mitad del precio de la atención, que paga el Programa. La otra mitad es pagada por la paciente.

Mensualmente se recogen los cupones o el médico los envía para su pago.

Educación de masas

Fue muy limitada, por no ser un programa oficial, hasta 1968.

Evaluación

La evaluación está a cargo de dos organismos que funcionan estrechamente vinculados al Centro de Estudios de Población de Taiwán, que tiene a su cargo la evaluación del análisis del Programa y las investigaciones demográficas y el Comité de Planificación Familiar que tiene a su cargo la evaluación administrativa del Programa.

Objetivos de la evaluación

a) Tratar de conocer si los esfuerzos invertidos están produciendo los resultados esperados; b) Conocer o tratar de conocer si el Programa se está desarrollando adecuadamente; c) Demostrar a la comunidad que colabora económicamente en el Programa el grado de eficiencia de éste para lograr nuevo apoyo financiero y social.

Plan de evaluación

La evaluación del Programa ha sido hecha en 3 etapas.

a) Evaluación inmediata. 1) Análisis de los cupones que recibe la Unidad de Evaluación y 2) Análisis del trabajo de las trabajadoras de terreno. Esta primera etapa del trabajo de evaluación inmediata es importante porque permite al administrador del Programa corregir errores observados en forma inmediata. Es fundamental que la información regrese lo antes posible tanto a los administradores como a los encargados de la acción en el Programa.

b) Evaluación intermedia. 1) Encuestas KAP cada año o cada dos años con un cuestionario sencillo que permita comparar la encuesta antes del programa con las encuestas posteriores. 2) Análisis de los datos básicos (características de la mujer, número de hijos, intervalo abierto, cambios en los anticonceptivos usados, etc.) que provienen del cupón. 3) Entrevistas de seguimiento a una muestra de mujeres aceptantes de DIU. 4) Supervisión en base a una muestra de las fichas clínicas que llevan los médicos. 5) Encuestas por muestreo a aquellas mujeres que manifestaron interés por usar DIU y a las cuales se les entregó un cupón, que no han acudido al Programa. 6) Encuestas por muestreo a los médicos tratantes. 7) Evaluación de los procedimientos administrativos.

c) Evaluación a largo plazo. 1) Análisis de la disminución de las tasas de fecundidad.

Resultados obtenidos

1. Número de aceptantes. De enero de 1964 a diciembre de 1969 han sido colocados 622.500 DIU y durante los años 1967-68 y 69 han sido tratadas 90 mil pacientes con gestágenos. Del total de las inserciones de DIU el 10 por ciento corresponde a reinserciones, lo que representa un total de inserciones primarias de 560 mil pacientes.

2. Características de las aceptantes. La edad media de las aceptantes varió de 32,7 años en 1964 a 31,5 en 1968. La tasa de aceptantes por grupos de edades es mayor en el grupo 30-34 años. En el período 1964/68 ha aumentado significativamente de 4 a 14 por ciento la tasa de aceptación en los grupos de edades de 20 a 29 años.

3. Educación, El 88 por ciento del total de las aceptantes son mujeres con educación primaria.

4. Número de hijos. El promedio de hijos descendió de 4,66 en 1964 a 3,96 en 1968.

5. Uso anterior de anticonceptivos. 72 por ciento de las mujeres no habían usado anticonceptivos antes del Programa.

6. Tasa de aceptación anual de DIU. Ha aumentado porcentualmente durante el período 1964/1968 en los siguientes valores: 1964, 3,3; 1965, 6,8; 1966, 7,8; 1967, 9,0; 1968, 9,7.

7. Retiros del Programa. La cifra acumulada de retiros alcanza al 56 por ciento del total, durante todo el transcurso de su desarrollo. Sin embargo, este porcentaje es menor que el porcentaje de retiros de pacientes que usaron gestágenos, el cual alcanza a 75 por ciento en los 12 meses.

8. Nacimientos evitados por el Programa. De acuerdo con las investigaciones realizadas por Potter en Taichung se ha estimado que por cada mil Loop colocados se evitan 121 nacimientos por año.

Comentarios

Del resultado de las dos Encuestas KAP realizadas durante los años 1965 y 1967 el uso de anticonceptivos subió de 23 a 39 por ciento en dos años y la tasa de aborto inducido subió de 10 a 13 por ciento en el total de la población.

En relación a la eficacia del Programa de Planificación Familiar en la reducción de la fecundidad, un estudio que comparó a las mujeres que acuden al programa con las que no acuden al programa, demostró que la fecundidad ha descendido en alrededor del 80 por ciento en las primeras y en 50 por ciento entre las segundas, en el mismo período de tiempo. La diferencia de 30 por ciento en la reducción de la fecundidad podría ser atribuida al Programa.

La evaluación del Programa de Taiwán arroja algunas lecciones sobre evaluación. Primero, se reconoce la necesidad de que la evaluación debe hacerse en la forma más simple posible; segundo, la evaluación debe hacerse con el propósito de ayudar a la operación del Programa de tal modo que no signifique un recargo de actividades que perjudique al programa mismo; tercero, los administradores necesitan el análisis de los datos en forma rápida y simple, no tan elaborados, de modo que les sean útiles para corregir errores del programa; cuarto, debe existir un mecanismo que permita que la información de la evaluación retorne rápidamente a quienes prestan los servicios de planificación familiar y a la comunidad; quinto, el sistema de estimar la población que debe ser preferentemente cubierta por el Programa (target population) (mujeres de 20 a 24 años casadas o convivientes, no embarazadas) es un procedimiento que permite evaluar el programa mismo aun cuando no

tome en consideración la calidad de la atención; sexto, la evaluación debe dar información sobre el número y características de las mujeres aceptantes del Programa y las diferentes tasas de retención de los procedimientos utilizados; séptimo, el sistema de cupón parece ser un buen procedimiento para cumplir con estos fines y se sugiere su uso adaptándolo a otras áreas; octavo, las encuestas KAP deberán hacerse, una al comienzo del Programa y después otra, por lo menos cada dos años; noveno, las visitas a domicilio con fines de seguimiento parecen ser un sistema útil para la evaluación y se sugiere que las entrevistas se hagan con la mayor frecuencia posible, cada 6 meses o una vez al año; décimo, parece ser indispensable instalar una unidad de evaluación dentro de los programas; décimo primero, la asignación de presupuestos debe dejar consignada una cantidad adecuada para la evaluación del programa a fin de que los procedimientos necesarios no se posterguen por causas financieras; décimo segundo, una evaluación total del programa debe hacerse por lo menos una vez cada 3 años, especialmente para los programas que llevan varios años de desarrollo.

Interrogado respecto de las bondades del uso de cupones, expresó que, por lo menos en la experiencia de Taiwán, varias razones abonan el éxito del sistema; incentivo económico para los médicos y para la paciente que paga la mitad del valor de la atención; permite medir el rendimiento de la trabajadora de campo; esto ayuda a que todos los cupones sean llenados en forma correcta y devueltos a la central de estadística (la trabajadora ayuda a llenar el cupón en los casos de problemas de analfabetismo); permite un control de las mujeres que solicitan el cupón y posteriormente no acuden al programa.

Acerca de si ha habido cambios en el programa en el transcurso de éste, manifestó que no se había producido ningún cambio básico sustantivo, pero sí mejoramientos. En general se continúa la pauta fijada por la experiencia piloto de Taichung.

Respecto de si se había hecho alguna evaluación del eventual mejoramiento de la situación económica que pudiera haber provocado la disminución del ritmo de crecimiento de la población, respondió que no se había intentado tal trabajo, aunque lo consideraba de gran utilidad y necesidad.

Se observó sobre las informaciones proporcionadas, que casi todos los datos correspondían a una evaluación administrativa de los programas; pero, que respecto a la evaluación a largo plazo, o sea al conocimiento que debe tenerse de los resultados demográficos de la aplicación del Programa, debía recordarse que Taiwán poseía una correcta estadística vital, hecho que no ocurría en casi todos los países latinoamericanos. En consecuencia, si bien era muy importante poder evaluar administrativamente los programas, especialmente para su mejoramiento, en esta región era indispensable analizar los procedimientos que debían emplearse para los análisis demográficos a más largo plazo, tarea en la cual le cabía a CELADE una directa participación.

En resumen, Taiwán muestra cuáles son los datos básicos que un administrador necesita para la evaluación administrativa del programa, así como el hecho de que para evaluar otros aspectos del programa se necesita otra clase de investigaciones, entre las cuales destaca la importancia de las encuestas KAP.

Se hizo notar, asimismo, la importancia de las fichas clínicas, tanto para uniformar los datos primarios que se obtengan, como para calcular la eficacia de los procedimientos por medio del uso de tablas de vida.

9. EVALUACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA

9.1 Normas para organizar sobre bases comparativas la evaluación de los programas de planificación familiar en América Latina

(Donald Bogue)

El autor expone que simultáneamente con la implantación de un programa de planificación familiar cada nación necesita establecer un completo e integrado sistema de evaluación y supervisión que debe cumplir con los siguientes objetivos:

- a) medir el nivel de la fecundidad y proporcionar otras informaciones necesarias a la planificación y administración del programa.
- b) medir los progresos alcanzados de acuerdo a las metas establecidas (descenso de la fecundidad u otras).
- c) entregar en forma rápida la información necesaria para el buen desarrollo y mejoramiento de los programas.

Algunas consideraciones previas fueron enumeradas por el autor antes de proponer un esquema de la evaluación aplicable a América Latina.

a) Los programas de planificación familiar en la región están en su mayoría en etapa de implantación y disponen de escasos e inseguros recursos y aún están enfrentados a una serie de obstáculos de orden político y religioso.

b) La evaluación con propósitos de mejorarlos programas es de urgente necesidad para el desarrollo de ellos.

c) Las técnicas de evaluación de los programas no difieren de las que han sido probadas en otras partes del mundo (Asia por ejemplo).

d) La diferencia fundamental con la evaluación hecha a otros programas es la distinta etapa de desarrollo en que se encuentran los programas en la región. Parecería lo más importante en este momento entrenar al personal en una primera etapa en el uso de técnicas standarizadas en las clínicas que prestan servicio y enseñar las técnicas de investigación del aborto.

e) Es necesario también realizar esfuerzos para medir el impacto demográfico de los programas, por medio de los censos o encuestas por muestreo a nivel nacional u otras técnicas demográficas más sofisticadas y en ello debe colaborar CELADE entendiendo que a este Centro le corresponde definir su posición a fin de que la evaluación conlleve implícitamente al mejoramiento de los programas.

f) La evaluación de los programas de planificación familiar no es propiedad de ninguna agencia internacional (AID, FORD, IPPF u otras). Todos los recursos técnicos y financieros disponibles deben contribuir a preparar personal y proporcionar equipo a fin de que los países sean autosuficientes para resolver el problema de la evaluación.

g) El autor define su posición diciendo que lo más urgente es hacer evaluación con fines de mejorar los programas y pone énfasis sobre la necesidad de la implantación de un sistema rápido de alimentación y retorno de la información de planificación familiar con fines de mejorar los programas necesarios (Rapid, Feedback for Family Planning Improvement. RFFPI), al mismo tiempo que invertir esfuerzos de investigación social a nivel nacional con estos mismos objetivos.

II Sistema de evaluación

2.1 Análisis demográfico

2.2 Muestra inventario nacional de planificación familiar

2.3 Servicio nacional de evaluación de planificación familiar

2.4 Estudios especiales

2.1 Análisis demográfico. La tarea de esta parte del sistema de evaluación es extraer de los censos, estadísticas vitales y encuestas especiales el máximo de información sobre fecundidad y sus cambios destacando como lo más importante: a) la medición de los niveles de fecundidad en la fecha de cada censo para las diferentes ciudades, zonas urbanas o rurales de la división civil más pequeña que se pueda; b) estimar para cada año el número de mujeres casadas o convivientes, no embarazadas, según edad y paridez, que debería ser incluido en un programa de planificación familiar en cada una de esas áreas geográficas: Para cumplir con estas necesidades, nuevas técnicas demográficas y nuevos datos deben ser recolectados a través de los censos y estadísticas vitales o encuestas.

2.2 Muestra Inventario Nacional de planificación familiar. Se propone que una muestra nacional de 2000 a 20 000 familias según el tamaño de población en edad fértil, sean entrevistadas para obtener datos sobre planificación familiar y sobre conocimiento, actitud y práctica de anticonceptivos, sobre fecundidad en los periodos intercensales y datos sobre la población que acude o no a centros de planificación familiar. Esta información sólo puede ser recolectada a través de esta técnica de encuesta aleatoria nacional.

El autor ha elaborado el cuestionario y el plan de codificación, los índices y escalas y el plan de tabulación para este tipo de encuestas. Sugiere que esta encuesta sea repetida con relativa frecuencia, cada 2 ó 3 años, a fin de que permita medir los cambios de la fecundidad atribuibles al programa de planificación familiar. Otra ventaja de este tipo de encuesta es que en forma rápida, con tabulaciones simples, proporcionaría información útil a los administradores de los programas a fin de mejorarlos o corregirlos.

2.3 Servicio Nacional de análisis del programa de planificación familiar. Este servicio debe organizarse de tal modo que sea de bajo costo y que cumpla con el objetivo de recibir y entregar la información en forma rápida.

Las funciones más importantes serían:

- a) organizar e integrar la recolección de información sobre actividades de planificación familiar.
- b) preparar un informe mensual, cuatrimestral y anual de los servicios prestados.
- c) estimar el consumo de los métodos anticonceptivos utilizados en el programa; estimar la producción y consumo de anticonceptivos manufacturados o importados y vendidos en las farmacias.

- d) analizar e interpretar los informes que envían los servicios, con los esfuerzos y dineros invertidos, de acuerdo con las metas propuestas y los resultados de la encuesta inventario nacional. En esta forma, se puede medir el desarrollo, grado de eficiencia, costo y rendimiento del programa,

La organización de la unidad, debería tener por separado:

- 1- Muestra del 20 por ciento de nuevas pacientes (tarjeta precodificada con datos básicos: edad, paridez, métodos usados, etc.).
- 2- Resumen de fichas clínicas de nuevas y antiguas pacientes (precodificadas).
- 3- Lista de personal, gastos y financiamiento del programa.
- 4- Seguimiento anual de las pacientes (puede hacerse un muestreo de pacientes tratadas en diferentes períodos de tiempo) y realizar una visita a domicilio con un esquema de preguntas.

2.4 Estudios especiales. En el curso del desarrollo del programa pueden surgir necesidades de estudiar en forma específica algunos aspectos que parecen útiles al mejoramiento de ellos, (por ejemplo estudio de los casos indiferentes al programa u otros).

Finalmente, el autor resume brevemente el proyecto Curso de Ajustamiento de Evaluación en Planificación Familiar y que sigue un plan similar al propuesto para el plan de evaluación:

- 1º Enseñanza de conceptos de Demografía.
- 2º Encuestas por muestreo.
- 3º Servicio Nacional de Análisis.
- 4º Uso de computadores en evaluación (tabulaciones simples - uso de paquetes).

Discusión:

En general, varios participantes plantearon la dificultad de la adaptación de los Paquetes (historia de embarazos, método de Tietze, historia contraceptiva y otros) a los computadores que existen en los servicios de salud de América Latina y se sugiere la necesidad de enseñar el uso de los computadores para tabulaciones más simples.

Se comenta también, que la participación de CELADE en este campo, obedece a la demanda de los países y al reconocimiento de la existencia de los programas de planificación familiar, que se están realizando en forma deficiente y que adolecen de falta de información demográfica y de otros datos básicos necesarios para la evaluación. Es indudable que la evaluación hecha en el futuro a algún programa permitirá que ellos sean mejorados o desechados, pero no es el objetivo primordial de este Centro.

9.2 Investigaciones en evaluación de programas de planificación familiar

(Walter Mertens)

Mertens plantea la necesidad de enfocar en primer lugar el tipo y contenido de la enseñanza que, sobre investigaciones para evaluación de programas de planificación familiar, se debe impartir según el tipo de alumno del Seminario sobre Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar que se efectuará en CELADE en mayo-junio, 1970. En segundo lugar, de tener presente los objetivos señalados a los programas de planificación familiar para fijar la información necesaria a la evaluación.

En cuanto a los asistentes al futuro Seminario, se distinguen dos tipos:

- los responsables de la administración y organización de las unidades de evaluación, que no van a participar en la recolección y utilización de los datos. Para éstos, el objetivo del Seminario ha de ser el de convencerles de la utilidad de una buena organización de la unidad de evaluación.
- los responsables de la recolección y utilización de los datos, a los que hay que impartir conocimientos sobre estas actividades.

En cuanto a los objetivos fijados en un programa de planificación familiar, la información necesaria será diferente según éstos. Si el objetivo es económico, se planteará la necesidad de conocer el ingreso per cápita, la distribución del ingreso, etc..

Si el objetivo es socio-médico, se tratará de saber el número de abortos, la mortalidad materna, la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, etc..

Si se trata de ayudar a la planificación económica, se tratará de colaborar en las proyecciones demográficas.

Puede ser el objetivo, el tratar de convencer a los no-creyentes, a los que desconfían de la planificación familiar.

Existen tres tipos de evaluación:

- la evaluación de los programas de planificación familiar, que ha de hacerse dentro de un sistema social definido, y tiene contenido político;
- la evaluación del comportamiento, de las actitudes frente a los anticonceptivos;
- la evaluación organizativa.

Termina enfocando los problemas de validez y confiabilidad de la información recogida, teniendo en cuenta la posible existencia de factores de supervisión, distorsión y falsa relación que puedan alterar el análisis ulterior de la información.

10. PROGRAMA PARA EL SEMINARIO DE METODOS DE EVALUACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN AMERICA LATINA

(Albino Bocaz)

El anteproyecto de Programa para el Seminario de "Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar" (SEMEV), (Documento S/451/5) que CELADE realizará en época venidera y destinado a personal directivo y estadístico de los programas en América Latina, es simplemente una sugerencia de los temas que podrían incluirse, para ser sometidos al análisis.

Hubo consenso unánime para estimar que el programa del SEMEV debía concretarse al estudio de un grupo determinado de materias, de manera que el tiempo fuera intensamente aprovechado y la enseñanza de verdadera utilidad para los participantes, ya que lo básico lograría ser analizado con la profundidad necesaria.

Entre los temas que se señaló como prioritarios en cuanto a su enseñanza figuraron los principios fundamentales de las encuestas y, de manera particular, los tres tipos siguientes: a) datos de encuestas básicas; b) encuestas CAP (Conocimiento, actitud y práctica); c) estudios de seguimiento.

Se hizo hincapié en la conveniencia de impartir enseñanza de los principios elementales de demografía, como etapa previa a la enseñanza de los métodos específicos de evaluación.

Para que los directivos y estadísticos pudieran evaluar el qué están haciendo y el cómo lo están haciendo en sus programas, se sugirió enseñar: a) metodología de la tabla de vida; b) metodología de encuestas sociales; c) adaptación de los programas "paquete" a los computadores de que se dispone en América Latina.

Respecto de este último punto, se estimó imposible, por ser poco práctico y revestir muy serias dificultades, aparte de la imposibilidad de contar para la fecha del SEMEV con la adaptación de un programa "paquete" a los computadores con que puede contar CELADE.

La evaluación del cómo se están realizando los programas de planificación familiar en la región, debería ser hecha por un equipo multidisciplinario, independiente de las personas que sean directamente responsable del programa. Además, en este aspecto se insinuó la conveniencia de que el SEMEV redujera la enseñanza de la metodología de la evaluación solamente a la parte demográfica, dejando de lado, por ahora, la evaluación administrativa.

El conocimiento de la realidad de América Latina respaldó la idea de que era necesario ser modestos en cuanto a la exigencia de datos necesarios para los métodos de evaluación que se enseñaran en el SEMEV, porque de otra forma la enseñanza no podría ser aprovechada en países que no cuentan con mucha información.

Respecto de la necesidad de un sistema uniforme de estadísticas de servicios se propuso que los funcionarios de CELADE prepararan un informe con el mínimo de datos necesarios para evaluar programas, sin dar ningún tipo de directivas, sino que simplemente sugiriendo ciertos métodos de evaluación que se consideren aplicables en los países de América Latina.

Se dejó establecido que las pretensiones del SEMEV no eran producir expertos en encuestas, sino transmitir lo básico de la investigación sociológica de tipo CAP y que CELADE, como centro demográfico, aspiraba a enseñar métodos de evaluación, porque éstos eran esencialmente métodos demográficos.

El cambio de ideas sobre las materias a enseñarse, abrió camino a la consideración de que el SEMEV debería ser el comienzo de una serie de reuniones del mismo tipo, con distintos niveles, para que los médicos aprendieran estadísticas y los estadísticos aprendieran evaluación clínica. De este modo se podría enseñar en seminarios distintos, primero la generalidad de estadísticas y demografía y luego las técnicas específicas de medición.

Para los efectos prácticos del SEMEV próximo, se estimó que a la postre el mejor método de enseñanza era la presentación de ejemplos prácticos, como los casos de Taiwan y Taichung y de otros países, entre los que se sugirió la presentación de los datos del Proyecto San Gregorio, en Santiago de Chile. CELADE aportaría en este último caso algunos datos de evaluaciones, para que los alumnos del SEMEV pudieran trabajar con ellos.

Fue considerada la posibilidad, de acuerdo con la experiencia del Seminario de Bangkok, de que los participantes calcularan sus propias tablas de vida de anticonceptivos.

Como síntesis final puede decirse que, aparte del acuerdo tácito acerca de la necesidad de reducir el número de materias que podía aspirar a enseñarse en el SEMEV, se estimó que en éste debería encuadrarse dentro de ciertas normas básicas como la enseñanza de encuestas y la enseñanza de los métodos para evaluar qué se está haciendo y cómo se lo está haciendo en los programas de los países de la región; que esta enseñanza se debía basar en métodos simples; que se debía insistir en la importancia de la recolección de datos, y que la enseñanza de los sistemas de computación debería ser absolutamente somera.

CONCLUSIONES

1. Los objetivos de la reunión de trabajo sobre métodos de evaluación de programas de planificación familiar, fueron cumplidos en forma satisfactoria. Hubo consenso unánime de que tanto para los expertos extranjeros, como para el personal docente y alumnos de CELADE que asistieron, resultó útil la clarificación de los nuevos conceptos de evaluación que serían aplicables en América Latina.

2. Los documentos de los temas 3 y 5.1 y 5.2 del programa, relativos a los niveles, fuente de los datos y mediciones de la fecundidad en América Latina, demostraron la mala información que se tiene y la necesidad de mejorar los datos sobre fecundidad que proporcionan los censos y las estadísticas vitales.

Se demostró, además, la necesidad de utilizar otros métodos, como encuestas a nivel nacional, para el mejor estudio de la fecundidad.

3. El informe sobre el estado actual de los programas de planificación familiar en la región, demostró que la mayoría de éstos están en la etapa de implantación, y adolecen de una serie de deficiencias, tanto en la programación como en su ejecución, por lo cual parece indispensable la colaboración técnica de los organismos internacionales, nacionales y privados, especialmente para el adiestramiento de personal que dirija y ejecute estos programas.

El problema del seguimiento de las pacientes, es el problema más serio que se observa en la mayoría de los programas.

Para la evaluación de estos programas se requiere uniformar, simplificar y pre-codificar los formularios de registro de las actividades de planificación familiar, a la vez que organizar unidades de evaluación que permitan entregar la información rápidamente.

Otras técnicas como encuestas especiales de evaluación y muestreo de fichas clínicas deben desarrollarse en forma periódica para colaborar en la evaluación de los programas.

4. Los diferentes métodos para la medición de los niveles y cambios de la fecundidad en períodos cortos de tiempo, obtenidos de encuestas y otras fuentes, fueron discutidos en los temas 6.1, 6.2 y 6.3 y se derivaron varias conclusiones.

4.1. La historia de embarazo (6.1) con sus desventajas y limitaciones, es un buen procedimiento para estudiar los cambios de fecundidad y la influencia relativa de los programas de planificación familiar.

4.2. La medición de los cambios de la fecundidad en períodos de 5 a 10 años, por el método de los hijos propios (6.2), con datos obtenidos de censos o de encuestas, ofrece ventajas y desventajas sobre el método de historia de embarazo, pero, en todo caso, se estimó como un método que permite evaluar cambios de fecundidad atribuibles a programas de planificación familiar.

4.3. El método de la historia de vida sexual del último año, para estudiar la evidencia del aborto inducido y de ciertas otras variables (6.3) presentado por CELADE, se sugiere como un método que complementado con otras preguntas relativas a planificación familiar, podrá servir para la evaluación de programas.

5. El estudio de los diferentes métodos para medir la eficacia clínica y demográfica de los anticonceptivos, fue discutido en los temas 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4.

5.1. Se consideró que el método de medición de eficacia de anticonceptivos por medio del uso de tablas de vida, incluyendo uso extendido (7.1.) sea enseñado y utilizado en forma manual y mecanizada, en todos los programas de planificación familiar.

5.2. El método que utiliza el intervalo entre nacimientos y el intervalo abierto (7.2.) para la evaluación de los programas de planificación familiar, aunque es un procedimiento complejo y no suficientemente probado, ofrece algunas posibilidades de ser usado con tales propósitos.

5.3. El método de estimación de nacimientos evitados por un programa de planificación familiar (7.3.), se estimó como un procedimiento analítico complejo que necesita contar con un grupo central para comparar los resultados y conocer algunos valores biológicos más o menos exactos sobre recuperación de la fertilidad post parto y post aborto en una población, hecho que difiere enormemente según los hábitos de lactancia. Sin embargo, se considera que es un método que debe ser utilizado en centros calificados de evaluación de programas.

5.4. Respecto al uso de modelos de simulación para evaluación de programas (7.4.), se consideró que los diferentes modelos en investigación podrían ser útiles a los propósitos de evaluación y es una línea de investigación de interés para CELADE.

6. La discusión de la evaluación del programa de Taiwán (8.1) demostró que aun cuando el estado de desarrollo de ese programa es diferente al que se observa en los países de América Latina, y que se trata de un país que cuenta con muy buenos sistemas de registros vitales, niveles de educación y otras características socio-económicas diferentes a las de nuestros países, gran número de los procedimientos utilizados en Taiwán podrían ser aplicables en América Latina.

Dio luces, entre otros hechos, sobre los datos básicos que un administrador necesita para la evaluación administrativa del programa y demostró la necesidad de utilizar en forma periódica encuestas KAP a nivel nacional y la necesidad de hacer análisis de fichas clínicas, las ventajas del seguimiento de las pacientes tratadas, con visitas domiciliarias y la conveniencia de utilizar métodos de medición de la eficacia de los anticonceptivos con tablas de vida que permitan estimar las tasas de retención de los diferentes procedimientos utilizados.

7. El análisis de normas para organizar sobre bases comparativas la evaluación de los programas de planificación familiar en América Latina (9.1.), destacó la importancia de que un sistema de evaluación cuente con un equipo multidisciplinario, compuesto por demógrafos, sociólogos, médicos y estadísticos, que permita producir datos demográficos básicos sobre fecundidad y los cambios producidos por el programa y realizar investigaciones sociológicas por medio de diferentes tipos de encuestas de evaluación, además de las tareas de analizar las labores administrativas, mediante la obtención de los datos de servicios prestados, rendimiento del presupuesto y medición del resultado (costo-efecto).

Todo el sistema de evaluación debe establecerse en la forma más simple y económica, utilizando en la medida de lo posible computadores, para que la información llegue oportunamente a los ejecutivos de los programas, a fin de que les permita mejorarlos.

8. Respecto a las investigaciones que deben realizarse en la evaluación de los programas de planificación familiar (9.1) se consideró como muy importante el estudio de los efectos indirectos del programa, como serían los cambios producidos en el conocimiento, actitud y práctica del uso de anticonceptivos.

9. El interés de CELADE de someter a discusión de los participantes un anteproyecto del Programa para el Seminario sobre Métodos de Evaluación de Programas de Planificación Familiar (SEMEV), que este Centro realizará en mayo-junio próximos, quedó satisfecho con las sugerencias hechas, específicamente sobre los temas en que debía ponerse énfasis en el desarrollo de ese curso.

Se anexa el programa-calendario definitivo en el cual se recogieron todas las observaciones.

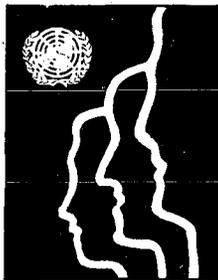
CALENDARIO DEL S E M E V

Unidad	Tema	Item	C o n t e n i d o	Día	Mes	Hora		Docente principal
						Comienzo	Término	
1			<u>Introducción al SEMEV</u>					
	1.1		Inauguración	18	5	9:00	10:00	C.A. Miró
	1.2		La evaluación como paso de la programación	18	5	10:15	13:00	(pendiente)
	1.3		Estado actual de la Planificación Familiar en América Latina	18	5	15:00	17:30	M.L. García
	1.4		La Fecundidad					
		1.4.1	Medidas usuales	19	5	9:00	17:30	Z. Camisa
		1.4.2	Medidas del aborto	20	5	9:00	10:30	S. Gaslonde
		1.4.3	Variables intermedias y determinantes de la fecundidad. Fecundidad diferencial	20	5	11:00 15:00	13:00 17:30	Z. Camisa Z. Camisa
		1.4.4	Tipificación según características personales	21	5	9:00	13:00	Z. Camisa
	1.5		Especificaciones para un sistema nacional de evaluación de la Planificación Familiar	21 22	5 5	15:00 9:00	17:30 13:00	D. Bogue D. Bogue
2			<u>El Proceso de la Evaluación</u>					
	2.1		Los datos necesarios para medir metas de Planificación Familiar, sus fuentes, su recolección					
		2.1.1	Estadísticas demográficas: Censos, Registros y su utilización (método de los hijos propios, etc.)	22	5	15:00	17:30	V. Lopes
		2.1.2	Estadísticas de Servicio	23	5	9:00	13:00	V. Lopes
			- sigue -	25	5	9:00	13:00	V. Lopes
		2.1.3	Encuestas					
		a)	Métodos, técnicas y tipos de encuestas	25	5	15:00	17:30	W. Mertens
			- sigue -	26	5	9:00	17:30	W. Mertens
			- sigue -	27	5	9:00	13:00	W. Mertens
		b)	Contenido de las encuestas de Planificación Familiar. Un modelo	27	5	15:00	17:30	D. Bogue
		c)	Muestreo, sus problemas	28	5	9:00	17:30	A. Bocaz

Unidad	Tema	Item	C o n t e n i d o	Día	Mes	Hora		Docente principal
						Comienzo	Término	
3			<u>Normas y procedimientos</u>					
	3.1		Alcance y periodicidad de la evaluación	10	6	9:00	13:00	A. Faúndez
	3.2		Métodos aconsejables en América Latina	10	6	15:00	17:30	A. Bocaz
	3.3		Contenido de las encuestas recomendadas	11	6	9:00	13:00	M. Vaessen
	3.4		Estadísticas de servicio funcionales	11	6	15:00	17:30	V. Lopes
	3.5		Informes e intercambio de información en América Latina					
		3.5.1	Organización de los informes de fecundidad y de la evaluación	12	6	9:00	10:30	H. Elkins
		3.5.2	Intercambio y centralización de la información	12	6	11:00	12:30	M.L. García
	3.6		Asesoría de CELADE en evaluación de programas	12	6	15:00	16:30	C.A. Miró
			Clausura del SEMEV	12	6	17:00	18:00	C.A. Miró

Nota: En la semana del 8 al 13 de junio se efectuarán tres sesiones nocturnas sobre utilidad y limitaciones del uso de computadoras, a cargo del Prof. H. Elkins.

Unidad	Tema	Item	C o n t e n i d o	Día	Mes	Hora		Docente principal
						Comienzo	Término	
2.2			Uso de los datos para evaluar programas de Planificación Familiar					
	2.2.1		A nivel de la población total de mujeres en edad fértil					
		a)	Historia de embarazos					
			- Recolección de datos	29	5	9:00	13:00	W. Mertens
			- Su análisis	29	5	15:00	17:30	D. Bogue
		b)	Historia de la vida sexual reciente					
			- Recolección de datos	1	6	9:00	10:30	S. Gaslonde
			- Su análisis	1	6	11:00	13:00	S. Gaslonde
			- Análisis de la historia contraceptiva	1	6	15:00	17:30	D. Bogue
		c)	Encuestas CAP	2	6	9:00	17:30	W. Mertens
			- sigue -	3	6	9:00	10:30	W. Mertens
			- Indices y escalas para uso en la investigación de la fecundidad y en la evaluación de la Planificación Familiar que pueden ser contruidos con datos de encuestas	3	6	11:00	13:00	D. Bogue
			- Uso de los datos de encuestas para explicar los cambios de la fecundidad y estudiar el comportamiento de las parejas en el uso de anticonceptivos	3	6	15:00	17:30	D. Bogue
	2.2.2		A nivel de usuarias de la Planificación Familiar					
			- Encuestas de seguimiento (follow-up)	4	6	9:00	17:30	M. Vaessen
			- Método de efectividad de uso y uso extendido	5	6	9:00	17:30	A. Bocaz
			- Método de nacimientos evitados	6	6	9:00	13:00	A. Bocaz
			- sigue -	8	6	9:00	17:30	A. Bocaz
2.3			Tabulación de los datos					
	2.3.1		Planes de tabulación para las encuestas de fecundidad, en tabulaciones cruzadas simples y múltiples	9	6	9:00	13:00	H. Elkins
	2.3.2		Manera de analizar las tabulaciones cruzadas simples y múltiples	9	6	15:00	17:30	H. Elkins



**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE**

Sede: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)

Subsede: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)