

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.107  
Serie A, N° 207  
21 de mayo de 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

-----  
C E L A D E

Centro Latinoamericano de Demografía

LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA ATENCION MATERNO  
INFANTIL Y LA PLANIFICACION FAMILIAR (LA SITUACION  
EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE)

Este informe fue elaborado por la Sra. Josefina Rossetti, consultora del Area de Población y Desarrollo del CELADE.

Este documento no ha sido sometido a revisión editorial.

90-9-1525

## INDICE

	Página
I. INTRODUCCION .....	1
II. ALGUNAS ACLARACIONES METODOLOGICAS .....	3
III. LA ATENCION MATERNO INFANTIL Y LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION .....	5
1. BOLIVIA .....	5
1.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	5
1.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	5
1.3 Cobertura de los programas de planificación familiar .....	6
1.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar. ....	6
1.5 Personas contactadas .....	8
1.6 Bibliografía .....	9
2. PERU .....	9
2.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	9
2.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	10
2.3 Cobertura de los programas de planificación familiar .....	12
2.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	13
2.5 Personas contactadas .....	14
2.6 Bibliografía .....	14
3. ECUADOR .....	14
3.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	14
3.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	14
3.3 Cobertura de los programas de planificación familiar .....	15
3.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	15
3.5 Personas contactadas .....	16
3.6 Bibliografía .....	17
4. PARAGUAY .....	17
4.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	17
4.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	17
4.3 Cobertura de los programas de planificación familiar .....	18
4.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	19
4.5 Personas contactadas .....	19
4.6 Bibliografía .....	19
5. REPUBLICA DOMINICANA .....	19
5.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	19
5.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	21
5.3 Cobertura de los programas de planificación familiar .....	21
5.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	22
5.5 Personas contactadas .....	23
5.6 Bibliografía .....	23

6.	HONDURAS .....	23
6.1	Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	23
6.2	Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	24
6.3	Cobertura de los programas de planificación familiar .....	24
6.4	Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	25
6.5	Personas contactadas .....	26
6.6	Bibliografía .....	26
7.	NICARAGUA .....	26
7.1	Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	26
7.2	Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	27
7.3	Cobertura de los programas de planificación familiar .....	27
7.4	Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	28
7.5	Personas contactadas .....	28
7.6	Bibliografía .....	28
8.	DOMINICA .....	29
8.1	Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	29
8.2	Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	29
8.3	Cobertura de los programas de planificación familiar .....	29
8.4	Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	30
8.5	Personas contactadas .....	30
8.6	Bibliografía .....	30
9.	GRENADA .....	31
9.1	Algunos indicadores de desarrollo socio-económico .....	31
9.2	Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar .....	31
9.3	Cobertura de los programas de planificación familiar .....	31
9.4	Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	31
9.5	Personas contactadas .....	31
9.6	Bibliografía .....	31
IV.	RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CATEGORIAS Y ALGUNAS CONCLUSIONES .....	32
1.	Fecundidad y desarrollo socio-económico .....	32
2.	Instituciones públicas y privadas que ofrecen programas de planificación familiar .....	33
3.	Cobertura de los programas de planificación familiar .....	33
4.	Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar .....	34
5.	Conclusiones .....	35

## I. INTRODUCCION

En este informe se presenta un breve diagnóstico acerca de la situación de los sistemas de información para la atención materno infantil y la planificación familiar en 9 países de la región, cuya tasa de prevalencia anticonceptiva es de 50 % o menos. Se realizó elaborando y completando los resultados de un proyecto de CELADE, llevado a cabo en 1989.<sup>1/</sup>

Como subproducto de este trabajo se sacan algunas conclusiones que podrán utilizarse en la programación del CELADE en cuanto a su labor en materia de planificación familiar, de modo de responder a las necesidades y demandas actuales de asesoría de los gobiernos de la región.

El crecimiento de la población, los fenómenos ligados a la reproducción de los pueblos y a su ubicación espacial se ven afectados por el rol que juegan las mujeres en sus países, su peculiar relación con la maternidad, y la forma en que ellas se insertan en el ámbito público, ya sea por medio del trabajo remunerado o en actividades de carácter político y social.

En la mayor parte de los países del mundo hoy en día las costumbres evolucionan hacia una mayor igualdad entre los sexos, en el sentido de que hombres y mujeres comparten roles en la vida doméstica y pública, lo que va generalmente aparejado con un control voluntario de la fecundidad. Sin embargo, esta evolución no es homogénea en los países de América Latina y El Caribe, persistiendo en muchos de ellos patrones de comportamiento tradicionales.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por Naciones Unidas a fines de 1979, contempla, dentro de los derechos de la mujer, el de controlar su reproducción, y de tener los hijos/as que desee, lo cual destaca la importancia de los servicios y programas de planificación familiar.

La planificación familiar contribuye a que la maternidad sea compatible con el desempeño de las mujeres en el ámbito público, pero hay otros elementos que hacen deseable la existencia de servicios adecuados de planificación familiar en los países. La planificación familiar es también un derecho de la pareja. La pareja que controla su fecundidad elabora un proyecto de vida tendiente a optimizar las condiciones de vida y oportunidades de sus hijos/as. Asimismo, al espaciarse los nacimientos, disminuyen los riesgos de mortalidad infantil y materna.

Si bien numerosos países de América Latina han ratificado la Convención de Naciones Unidas sobre eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer, aún subsisten en muchos de ellos obstáculos ideológicos, políticos o religiosos, que dificultan el ejercicio del derecho al control de la fecundidad.

En algunos países, la oposición al control de la natalidad, a través de métodos modernos y eficaces, se origina en una política natalista. En otros, los obstáculos tienen que ver primordialmente con planteamientos religiosos. En muchos, hay reticencias no formuladas ni explícitas, pero que sí constituyen frenos importantes para el desarrollo de programas de planificación familiar exitosos.

La planificación familiar es un tema sobre el cual existe controversia. Hay quienes, como ya se dijo, se oponen a ella. Otros, entre los cuales algunas tendencias políticas y ciertas corrientes del feminismo, si bien suscriben el principio de que las mujeres deben controlar su reproducción, desconfían de los móviles que animarían a las agencias que promueven la planificación familiar, ya sea porque cuestionan sus métodos de trabajo, - que no considerarían las opiniones y el sentir de las propias interesadas - o bien porque plantean que dichas agencias están vinculadas a fenómenos de explotación del tercer mundo.

---

<sup>1/</sup> Se trata del proyecto "Evaluación del sistema de información gerencial en salud materno infantil y planificación familiar en América Latina y El Caribe", dirigido por Michael Vlassoff.

Hay también controversia, entre quienes son favorables a la planificación familiar, acerca de cuáles son las formas que deben adoptar los programas. Ha prevalecido el enfoque de salud en esta materia, pero hay razones para considerar que la planificación familiar también dice relación con la educacional, tanto en el ámbito familiar como en la educación formal e informal.

A pesar de los obstáculos señalados, en la mayor parte de los países de la región, existe actividad sobre planificación familiar, en varios casos iniciada a partir de la década del sesenta. De modo creciente, las mujeres y las parejas expresan la necesidad de obtener información y servicios de planificación familiar.

Para que CELADE pueda continuar su línea de trabajo en materia de planificación familiar, en el marco de la Convención de No Discriminación de las mujeres, parecen necesarias varias acciones: en primer lugar, conocer con precisión la situación de los servicios públicos y privados de planificación familiar en cada país.

En segundo lugar, es importante insertar esta información en el contexto socio-político y cultural del país, relacionándola asimismo con los planteamientos y actividades del movimiento y organizaciones de mujeres.

En tercer lugar, para responder en forma adecuada a las diversas necesidades de los países, parece oportuno, aprovechando el fácil acceso de CELADE a la documentación sobre el tema, sistematizar las experiencias de planificación familiar de la región, de modo de insertarlas en un marco conceptual y contar con un abanico de modelos de acción y de experiencias a proponer a los países.

El presente documento es una primera descripción y análisis de los servicios de planificación familiar en nueve países de la región, que se intentará completar con variables socio-culturales y políticas en una próxima etapa. No se trata de una síntesis exhaustiva del proyecto SIG sino de una lectura selectiva, circunscrita a lo que dice relación con la planificación familiar.

## II. ALGUNAS ACLARACIONES METODOLOGICAS

El proyecto de CELADE "Evaluación del sistema de información gerencial en salud materno infantil y planificación familiar en América Latina y El Caribe" fue realizado con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Sus objetivos de largo plazo fueron mejorar los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar en Latinoamérica y El Caribe, transformando sus sistemas de información gerencial (SIG) en herramientas de gestión adecuadas, que permitan evaluar los resultados de los programas y resolver problemas operativos. En cuanto a sus objetivos de corto plazo, éstos fueron: caracterizar el sistema de información gerencial de los programas de atención materno infantil y de planificación familiar en nueve países de la región y su efecto sobre el manejo de dichos programas; identificar las necesidades en cuanto a los sistemas de información gerencial en los países señalados, indicando cuáles son los programas que requieren ser mejorados y en cuáles existe el interés y la posibilidad de mejoramiento; recomendar mejoras específicas;

La metodología del proyecto fue la siguiente: se eligieron países, donde hubiese una tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos inferior al 50 % y donde no hubiese en curso otros estudios similares. Además se eligió un país control. Los países fueron: Dominica, Grenada, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile, que fue el país control.

Para cada país se contrató un consultor, que estuvo cerca de 3 semanas en el país y aplicó un cuestionario de 68 preguntas, en su mayoría precodificadas, a los programas públicos y privados de salud materno-infantil y planificación familiar del país. El cuestionario versó fundamentalmente sobre el proceso de manejo interno de la información en los programas y fue aplicado durante el primer semestre de 1989. (ver cuestionario en anexo).

Sobre estos países existe un informe final del consultor, los cuestionarios aplicados a las distintas instituciones públicas y privadas que desarrollan programas de salud materno infantil y de planificación familiar, algunos documentos educativos o estudios referentes al tema en las distintas instituciones visitadas y los tipos de formularios que las instituciones utilizan para recoger la información. El informe final global del proyecto está en preparación.

La relevancia del proyecto SIG radica en que, sean cuales sean las políticas que se adopten en materia de planificación familiar, es necesario que los países y las instituciones dispongan de un sistema de información gerencial confiable y oportuno, que permita conocer la cobertura y características de los programas, de modo de poder evaluar las acciones realizadas y determinar su impacto.

Los informes de los consultores del proyecto SIG se centran en las características de los sistemas de información gerencial de las instituciones que ofrecen atención materno-infantil y planificación familiar, es decir en la forma en que opera el registro y la circulación interna de la información.

Es importante tener presente que el proyecto SIG se centra en los flujos y funcionamiento de la información interna de las instituciones pero no se refiere a cómo se informa a la población en materia de planificación familiar.

La descripción del quehacer concreto de las instituciones públicas y privadas que desarrollan programas de planificación familiar es por lo general somera.

El proyecto SIG entrega información valiosa, que se ha intentado elaborar en este documento. Se ordenó la información en 6 categorías, que no pertenecen a dicho proyecto pero permiten dar una visión de la realidad de la planificación familiar en los países señalados. Cuando se consideró oportuno, se hicieron alcances y comentarios respecto de la información presentada.

Las 6 categorías utilizadas son:

- a) Instituciones públicas y privadas que desarrollan actividades de planificación familiar; en algunos casos hay bastante información sobre el tipo de actividad realizada; en otros sólo la mención de la institución.
- b) Cobertura de la planificación familiar en el país: nivel de conocimiento sobre el tema, número de usuarias, tipo de anticonceptivos utilizados, etc.
- c) Sistemas de información gerencial de los programas públicos y privados de planificación familiar; dada la naturaleza del proyecto, ésta es la variable sobre la cual más información entrega. Esto incluye un análisis de:
- \* conceptualización: definiciones de las variables sobre las cuáles se recoge información, y destino de la información (a quién va dirigida y quién la usará);
  - \* recolección de la información;
  - \* procesamiento y análisis de la información;
  - \* uso de la información para la toma de decisiones y retroalimentación;
- d) personas e instituciones contactadas con ocasión del proyecto SIG. Esto constituye un capital muy importante del proyecto para cualquier línea de acción de CELADE en el futuro. Esta información queda disponible en los documentos entregados por cada consultor en cada país.
- e) bibliografía: incluye el informe del consultor sobre cada país, referencias señaladas por el consultor o que están en el archivo del país; también comprende algunas referencias adicionales encontradas durante la revisión del proyecto SIG. Esta bibliografía de ninguna manera pretende ser exhaustiva. Por el contrario, hay en DOCPAL y en otras bases de datos bastante bibliografía que revisar;<sup>2/</sup>
- f) de forma de situar la información referente a cada país se seleccionaron algunos indicadores de desarrollo socio-económico, que luego permitirían hacer una sencilla tipología de los países: población total, tasa de natalidad, tasa de fecundidad, producto interno bruto por habitante, porcentaje de población urbana.

Para el futuro, y con vistas a proponer la forma en que podrían continuar las labores de CELADE en materia de planificación familiar, se considera necesario obtener un conjunto de informaciones adicionales, que se señalan en las conclusiones.

---

<sup>2/</sup> Desde 1980 en adelante, en la base de datos de DOCPAL figuran 603 referencias bibliográficas, sobre planificación familiar, recurriendo a los siguientes descriptores.

- 198 sobre < planificación familiar >, excluyendo < políticas de planificación familiar >, < programas de planificación familiar > y < embarazo adolescente >.
- 221 sobre < programas de planificación familiar >, excluyendo < planificación familiar > y < embarazo adolescente >
- 68 sobre < políticas de planificación familiar >
- 46 sobre < enseñanza de planificación familiar >
- 70 sobre < embarazo adolescente >

Dado que la misma referencia suele estar incluida en varios descriptores, el número total de documentos es menor que 603.

### III. LA ATENCION MATERNO INFANTIL Y LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION

#### 1. BOLIVIA

##### 1.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	= 6.73 millones (INE-CELADE, 1985)	
Tasa de natalidad (x 1000 hab.)*	= 43	media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (por mujer)*	= 6.1	media AL : 3.76
PIB/habitante, 1987, US \$**	= 570	
% Pobl. urbana*	= 48	

\* Datos para 1985-90, United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Pop. Data Sheet, 1989.

##### 1.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

###### 1.2.1 Sector público

En el Ministerio de Salud Pública los servicios de planificación familiar se brindan en dos hospitales: Hospital Obrero, en La Paz y San Juan de Dios, en Oruro, dentro de un programa denominado "Lucha contra el aborto". Al parecer, estos programas sólo proveen de anticonceptivos a las mujeres que ingresan a dichos hospitales por complicaciones de aborto, es decir que no hay prevención.

El Ministerio de Salud Pública tiene dos subsecretarías: Previsión Social y Salud Pública. De la segunda depende la Dirección General de Salud, que a su vez tiene varias Direcciones Nacionales: Epidemiología, Nutrición, Materno-infantil. Dentro de esta última se encuentra el programa de planificación familiar y una división que se llama "Mujer, salud y desarrollo".

###### 1.2.2 Sector privado

La planificación familiar se da en dos organizaciones no gubernamentales (ONG), el Centro de Orientación Familiar (COF) y el Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES). Ofrecen también servicios de planificación familiar clínicas y médicos privados y farmacias.

Según el consultor no hay información sobre cuánta población cubren los programas de planificación familiar de las ONG, si tienen alguna relación con Ministerio y qué similitudes y diferencias hay entre los servicios que presta el sector público y el privado. Las farmacias serían la principal fuente de entrega de anticonceptivos (40%), luego vendría el COF (15 %), el Ministerio, (10%) y el CIES (5%).

Según otras fuentes, habría también en Bolivia un instituto que hace seminarios educacionales de paternidad responsable, el Centro de Investigaciones Sociales (CIS).

###### El Centro de Orientación Familiar (COF)

Es filial de IPPF. Tiene 13 clínicas en áreas urbanas (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarita, Sucre, Potosí, Oruro), que proporcionan anticonceptivos, están en contacto regular y cuyo manejo se hace desde La Paz en todos los aspectos administrativos.

El personal de COF ha recibido capacitación en APROFAM (Guatemala) y PROFAMILIA (Colombia).

El COF en 1986-87 hizo una campaña radial.

### El Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES)

Es una institución pequeña, que ofrece investigación, educación y servicios sobre mujer, salud y sexualidad.

Los servicios del CIES en materia de atención materno infantil y planificación familiar incluyen laboratorio, consultorios, médicos y 400 distribuidores comunitarios que venden anticonceptivos, llamados DCA. El CIES tiene 8 consultorios en La Paz, Oruro y Potosí.

Las clínicas del CIES ofrecen pastillas, DIUs, condones y vaginales. Los DCA sólo condones y vaginales.

El mismo personal de atención materno-infantil presta los servicios de planificación familiar.

El CIES tiene educadoras remuneradas y promotoras voluntarias, que no tienen sueldo fijo sino comisiones.

El CIES ha hecho algunas campañas por la prensa pero no se han evaluado.

Habría seguimiento de las usuarias de los distintos métodos de planificación familiar.

### 1.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

Según el consultor la información disponible al respecto es mínima pero hay estudios y encuestas realizados o en curso, que en un futuro próximo van a proporcionar información interesante. (ver bibliografía).

Otra fuente proporciona una encuesta del SIAP sobre mujeres urbanas, realizada en 1987, en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz (ver bibliografía), que entrega la siguiente información.

Tienen conocimiento de algún método anticonceptivo 64.55 % de las entrevistadas en La Paz, 82.40 % en Cochabamba y 82.60 % en Santa Cruz. El conocimiento efectivo es cerca de 4.70 % inferior en cada grupo.

Disponen de conocimiento correcto sobre el período reproductivo de la mujer, el 33.2 % de las entrevistadas en La Paz, el 38.06 en Cochabamba y el 53.34 % en Santa Cruz.

Más del 85 % de las mujeres encuestadas expresó el deseo de recibir información sobre métodos modernos de planificación familiar.

El nivel de uso de métodos anticonceptivos es reducido. En La Paz, el 29.70 % de las entrevistadas usa algún método, el 34.90% en Cochabamba y el 35.10 % en Santa Cruz.

El uso exclusivo de métodos modernos de anticoncepción es más reducido. Alcanza a 9.60 % de las entrevistadas en La Paz, 12.70 % en Cochabamba y 20.90 % en Santa Cruz.

El uso de anticonceptivos modernos es más bajo en las mujeres con nivel de instrucción menor y que hablan sólo quechua o aymará.

Los métodos anticonceptivos más utilizados son en La Paz y Cochabamba el ritmo, el DIU y la lactancia; en Santa Cruz, el ritmo, la esterilización femenina y la píldora.

Los médicos y las clínicas privadas constituyen las principales fuentes de obtención de servicios de planificación familiar en las tres ciudades investigadas.

### 1.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar.

El informe del consultor sólo contiene información sobre lo que ocurre en el Ministerio de Salud.

#### 1.4.1 Aspectos generales del Ministerio

El funcionamiento organizativo e informativo del Ministerio de Salud Pública parece ser malo. El Ministerio está dividido en Unidades Sanitarias Regionales (que corresponden por lo general a un departamento), las cuales están divididas en distritos, y éstos en áreas y éstas a su vez en sectores.

El sistema de información interno ha funcionado cuando ha contado con financiamiento externo. Así, según el consultor, "durante la década del 70 el Ministerio de Salud Pública instaló un sistema de información con el apoyo de la OPS. Dicho sistema tenía formatos e instructivos establecidos, los cuales fueron implantados en todas las regiones sanitarias. El flujo de información nacía en las unidades organizativas más pequeñas del Ministerio hacia las más grandes y finalmente se consolidaba a nivel nacional en el Departamento de Estadística y se elaboraban los informes. Alrededor de 1980 se dejó de recibir apoyo de la OPS para el sistema de información, se dejó de hacer la supervisión del sistema, empezaron a faltar los formularios de recolección de datos y empezó a dejar de llegar la información. Actualmente el Departamento de Estadística del Ministerio no recibe ninguna información."

"El deterioro del sistema de información coincidió con el surgimiento de programas de salud con financiamiento externo, los cuales empezaron a suplir sus carencias de información instalando sistemas de información parciales sobre las actividades que estaban llevando a cabo. En ellos, la información fluye de las áreas y/o distritos a las oficinas de los programas en las Unidades Sanitarias Regionales y de ahí a las direcciones nacionales de los programas".

En suma no funciona un sistema de información total que provea de información reciente y confiable acerca de la totalidad de las actividades del Ministerio en salud materno infantil y planificación familiar.

Según el consultor, en casi todos los programas, la fuente primaria de recopilación de datos son libretas, cuyo uso no está normado. Salvo el registro de vacunaciones y de peso y talla de los niños, que se hace en formularios ad hoc. La información de las libretas se pasa a formularios pero la gran mayoría de los formularios carecen de instructivos o definiciones para el registro de datos y la elaboración de informes. Parece además que hay demasiados formularios.

Esto significa que el sistema de información falla desde la base porque no hay garantía de la confiabilidad de los datos recogidos.

Este sería un caso (país) en que se sabe lo que se debe hacer, es decir hay un sistema de información definido, que falla porque no se toman las medidas para que funcione efectivamente tal como ha sido concebido. Al parecer son iniciativas que no logran concitar un alto grado de compromiso nacional, y que acaban cuando terminan los recursos aportados por agencias internacionales.

#### 1.4.2 Programas de planificación familiar

En lo que respecta al Ministerio de Salud, la información de los 2 hospitales que ofrecen estos servicios va directamente a la Dirección Nacional de Materno Infantil.

La información que se recolecta se refiere a:

- consultas a usuarias nuevas;
- reconsultas, según los dos métodos anticonceptivos que proporciona el programa (DIU y pastillas);
- complicaciones del DIU;

Según el consultor, pareciera que la información se maneja en forma oportuna, al menos a nivel de los establecimientos hospitalarios. En el Hospital Obrero de La Paz, al momento de la consultoría, la información se encontraba consolidada hasta abril de 1989.<sup>3/</sup>

La información se usa para observar el cumplimiento de metas y la evolución del programa.

El pedido de aprovisionamiento de anticonceptivos se hace en función del consumo anterior.

Al analizar lo referido por el consultor, llama la atención que no se consignen otros datos socio-económicos o familiares de las mujeres que consultan. Esto podría indicar que en el programa prima un enfoque "distributivo" de la planificación familiar. El énfasis de la información está puesto en lo administrativo (consultas nuevas y reconsultas) y en los efectos de la planificación familiar sobre la salud (complicaciones de los DIUs).

Respecto de las ONG (COF/CIES), se recoge información sobre el número total de consultas de planificación familiar y el tipo de anticonceptivos entregados, tanto a nivel de servicios como nacional.

El Ministerio de Salud Pública ( Dirección Materno Infantil) tiene convenio con algunas ONG para que le informen sobre sus actividades de planificación familiar, pero la información no se consolida. Además los sistemas de registro de la información son tan diferentes que sería discutible su confiabilidad.

#### 1.4.3 Proyectos en curso para mejorar los sistemas de información

En el Ministerio de Salud hay conciencia de las fallas del sistema de información. En 1987, el Departamento de Estadísticas del Ministerio diseñó un nuevo sistema, destinado a recolectar la información básica que los programas necesitan, que redujo el número de formularios. El nuevo sistema se comenzó a ensayar en una Unidad Sanitaria Regional (Oruro), desde octubre del mismo año. Debía ensayarse en las Unidades Sanitarias Regionales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz en 1989, pero el consultor comprobó que esto no estaba sucediendo en forma fluida.

Actualmente se cuenta con la asesoría del Banco Mundial para diseñar un nuevo sistema de información, con vistas a fortalecer la atención primaria en salud. Se supone que este nuevo sistema seguirá las líneas generales del sistema diseñado por el Departamento de Estadística.

Al analizar lo que refiere el consultor, pareciera que hay esfuerzos dirigidos a poner en marcha buenos sistemas de información pero que no son suficientemente consistentes ni perseverantes. La ayuda externa (en los 70 de OPS, ahora del Banco Mundial) no generaría sistemas de información que se mantienen en el tiempo.

El consultor no formula recomendaciones.

#### 1.5 Personas contactadas

- Waldo San Martín/Oficial de Programas/UNFPA/La Paz
- Sandra Wilcox/Joel Kuritsky/Oficiales de Programa en Población y Materno Infantil/AID/La Paz
- Dr. J.M Sotelo/OPS/La Paz/Representante
- Fernando Rocabado, Kristine Gardel/OPS/La Paz/consultores
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MSP) (varios, ver cuestionarios del país)
- CONAPO (Consejo Nacional de Población)/René Pereira, Monigeh Rossta/director
- INE (Instituto Nacional de Estadística)/Marcelo Mercado (director), Antonio Gómez, encargado DHS
- Instituto Boliviano de Seguridad Social (varios)
- Cajas Nacional de Salud y Petrolera de Salud

---

<sup>3/</sup> Según el consultor, en el Hospital Obrero de La Paz el director del programa de planificación familiar mostraba conocer todos los datos y estar muy interesado en el programa.

- COF (Centro de Orientación Familiar)/Luis del Llano/La Paz
- CIES (Centro de Investigación, Educación y Servicios)/Berta Pooley de O/directora
- Hospital Obrero/Dr. César Peredo/Jefe Ginecología-Obstetricia/CNSS/La Paz

## 1.6 Bibliografía

- "Resumen narrativo del diagnóstico del sistema de información gerencial en salud del Ministerio de Salud". Informe del consultor Ricardo Vernon. Proyecto SIG/CELADE, 1989
- Encuesta de Demografía y Salud (DHS), en curso, por el INE (fondos AID, Westinghouse), que se refiere a fecundidad, anticoncepción, salud materno-infantil, incluyendo cobertura de los servicios básicos, morbilidad y mortalidad y vacunación. UNICEF ha planteado repetir el módulo salud cada dos años.
- Estudio sobre impacto de campaña radial respecto a planificación familiar, 1987- 1988, COF.
- CIES, encuesta 1986 (hay que identificarla)
- "Encuesta de información y opinión de líderes de grupos de influencia". Es un estudio sobre la imagen pública de la planificación familiar y de la salud materno infantil, COF, 1988.
- Se está terminando la Encuesta de Población y Vivienda (UNFPA) que dará información sobre fecundidad y mortalidad infantil, para la población de ciudades mayores de 10.000 habitantes.
- Dentro del proyecto TIPS (\$AID), se está tratando de juntar información sobre los servicios de salud prestados por las instituciones de seguridad social. Proyecto realizado por el Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS), CONAPO y Management Sciences for Health (MSH), principalmente con el Dr. César Peredo, del Hospital Obrero que coordina el programa de lucha contra el aborto. La idea es hacer un estudio sobre el costo-beneficio que tendrá para la seguridad social introducir servicios de planificación familiar.
- "Mujer urbana: realidad y deseos respecto al comportamiento reproductivo ". Manigeh Roosta G. SIAP (Servicios de Investigación y Acción en Población), La Paz, 1988/1989 DOCPAL n°1417900.

Este estudio proporciona información importante, que proviene de una encuesta, respecto a: características socio-económicas y demográficas de la población femenina en edad fértil; comportamiento reproductivo; conocimiento sobre reproducción humana; planificación familiar; conocimiento sobre métodos anticonceptivos; uso de métodos de planificación familiar; determinación de la demanda potencial insatisfecha de los servicios de planificación familiar.

## 2. PERU

### 2.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total: (estim. 1990)***	= 22 millones	
Tasa de natalidad (x 1000 hab.)*	= 34.3	media AL=29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	= 4.5	media AL= 3.76
PIB/hab., 1987, en US \$**	= 1430	
% Población urbana (mediados 85)*	= 67	

\* datos para 1985-90, United Nations World Population Chart, 1988

\*\* dato para 1987, Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989)

\*\*\* dato del INE, elaborado C.N.P, 1987

Según la Encuesta Demográfica y de Salud, (1986), la tasa nacional de fecundidad era de 4.1, la tasa en Lima de 2.5, la tasa urbana de 3.1 y la tasa rural de 6.3.

El documento sobre el programa de planificación familiar del Ministerio de salud (ver bibliografía) entrega información socio-demográfica básica acerca del Perú.

El crecimiento de la población es alto, debido al descenso de la mortalidad infantil y la mantención de altas tasas de fecundidad. A partir de 1972 se evidencian ligeros cambios al iniciarse el descenso de la fecundidad, a pesar de lo cual hacia fines de siglo el Perú tendría una población total de 27-28 millones de habitantes.

Hay serias deficiencias en el sistema educacional peruano. Se mantiene la tendencia de un mayor nivel educativo en los hombres (5.6 años) con relación a las mujeres (4.7 años). A pesar de la reducción del analfabetismo, en 1981 más de la mitad de las mujeres rurales mayores de 15 años eran analfabetas. (En los departamentos más deprimidos como Apurímac y Ayacucho el analfabetismo alcanza al 78% y 74% de la población femenina).

Hay un déficit alimenticio general e infantil en el Perú, en que influye decisivamente el tamaño de la familia.

En materia de salud, los índices más altos de pobreza y postergación se dan en Huancavelica y Apurímac, donde hay al mismo tiempo las tasas globales de fecundidad más altas y también las más altas tasas de mortalidad materna, fetal e infantil, mientras departamentos como Lima presentan los indicadores más bajos. El aborto aparece como la segunda causa de muerte materna.

## 2.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

Hay programas de planificación familiar en el sector público y privado. El consultor sólo menciona los programas del sector público, pero no describe en qué consisten. Estos se llevan a cabo en el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.

El consultor señala que los programas no están a cargo de personal especializado en planificación familiar sino de quienes llevan a cabo la atención materno-infantil.

### 2.2.1 Sector público

La información que se presenta a continuación proviene de un documento referente al programa nacional de planificación familiar del Ministerio de Salud. (ver bibliografía).

Dicho programa parece muy completo y comprensivo, y refleja la intención del Ministerio de coordinar los programas de planificación familiar del sector público y privado. Da a entender que lo fundamental de la actividad en materia de planificación familiar en el Perú se lleva a cabo en el sector público. Inclusive hay una ley que atribuye al Ministerio un rol rector de las actividades públicas y privadas de planificación familiar (Ley Orgánica del Sector Salud D.L Nº 351-85).

El consultor señala que hay "limitaciones que enfrenta no sólo el sector salud sino todo el sector público y la economía nacional". Por otra parte es conocida la crisis política que atraviesa el Perú, en el período de las elecciones presidenciales. Esos elementos permiten tener algunas dudas respecto de la medida en que se esté implementando efectivamente el programa de planificación familiar del ministerio, por muy bien concebido que esté, y sería importante verificar más adelante este punto.

El programa de planificación familiar del Ministerio muestra una preocupación por reducir las altas tasas de morbi-mortalidad materno infantiles, estrechamente asociadas a las altas tasas de fecundidad de la mujer peruana. Considera que hay que permitir que las parejas, a través de la educación, información y comunicación decidan libremente acerca del número de hijos deseado. Define como áreas prioritarias las zonas rurales y urbano marginales.

Señala como sus principales objetivos la contribución al mejoramiento de la salud materno-infantil, a la disminución de la fecundidad, a prevenir el aborto y promover un cambio en los valores socio-culturales y en el comportamiento de la población.

El programa nacional de planificación familiar se plantea también metas en términos de cobertura de los servicios de planificación familiar, del número de usuarias, y descenso de la tasa de fecundidad (llegar en el año 2000 a una tasa de 2.5).

También propone estrategias (entre ellas establecer un sistema único de información que permita el seguimiento y control del programa) y prioridades, planteándose llegar con la planificación familiar a:

- mujeres de zonas rurales y urbano marginales; mujeres con alto riesgo reproductivo u obstétrico;
- atender 39 provincias que ostentan una tasa de mortalidad infantil de 121 por 1000 nacidos vivos y una tasa global de fecundidad mayor de 6.6 hijos por mujer.

Dentro de las líneas de acción que parecen más interesantes, y que el documento señala entre otras, figuran:

- implementar hospitales y centros de salud como centros de capacitación en planificación familiar;
- prestar servicios de planificación familiar en centros de mayor concentración poblacional (fábricas, centros laborales, colegios);
- capacitar maestros;
- capacitar parteras tradicionales y otros agentes comunitarios;
- hacer campañas de planificación familiar a través de los medios de comunicación social.

De hecho, en el sector público ha habido poca actividad de planificación familiar. En el Ministerio de Salud se incorpora la planificación familiar a los servicios de atención materno-infantil a partir de 1977, pero recibiendo críticas de la Iglesia y de grupos políticos, lo cual limita su desarrollo.

La planificación familiar fue prohibida durante el gobierno militar, tanto en el sector público como privado y recién en 1986 se crea el programa nacional de planificación familiar, con un claro objetivo de reducir la población, con vistas al mejoramiento socio-económico.

El documento plantea que actualmente todos los establecimientos del Ministerio de Salud proporcionan servicios de planificación familiar, dentro de la atención materno-infantil, con provisión gratuita de anticonceptivos. Sin embargo, datos de cobertura indican que en 1986 el Ministerio de Salud atendía sólo a 3.66% de las mujeres en edad fértil.

El Instituto Peruano de Seguridad Social recién incorpora actividades de planificación familiar en sus servicios en 1983, con apoyo del Ministerio y externo (AID). Las Fuerzas Armadas prestan servicios ambulatorios limitados (acciones "cívico-patrióticas" de la Marina de Guerra en los ríos de la selva).

Hay actividades de educación y comunicación social en las instituciones públicas pero sin lograr mayor repercusión debido a la falta de continuidad y adecuada sistematización.

En 1983, el Consejo de Población y el Ministerio de Salud evalúan la planificación familiar en cinco regiones de salud y concluyen que funciona en forma deficiente debido a:

- excesiva centralización
- enfoque curativo y recuperativo
- mala gestión administrativa
- deficiente sistema estadístico
- falta de motivación y capacitación del personal
- incompatibilidad entre planes y presupuesto del sector

- escasa o nula supervisión
- inadecuada distribución de insumos
- falta de proyección a la comunidad

### 2.2.2 Sector privado

Del documento sobre el programa de planificación familiar del Ministerio, parece desprenderse que las actividades de planificación familiar en el Perú se dieron primero en organizaciones no gubernamentales, en distintos puntos del país, desde 1964. Dicho documento sostiene que las actividades de las ONG no han estado adecuadamente coordinadas con el Ministerio de Salud y que se desconoce su impacto.

El informe del consultor no señala cuáles son las ONG que proporcionan servicios de planificación familiar. Pero del listado de personas que él consultó se deduce que habría por lo menos dos ONG en este campo: el Instituto de Trabajo Laico Familiar (ATLF) y el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES). Sobre esta última hay un manual en el archivo del proyecto.

A través del "Manual de la promotora" que publica el INPPARES se entiende que esta institución ofrece servicios de planificación familiar que se podrían ubicar en el tipo "distributivo", es decir que entregan (no queda claro si en forma gratuita o remunerada) anticonceptivos a usuarias que visitan previamente en forma individual (no hay trabajo de grupo). Las promotoras son voluntarias. Es un programa básicamente orientado a dueñas de casa pues las visitas son domiciliarias. La tarea de la promotora es muy simple y está concebida para que pueda ser realizada por una mujer de la misma comunidad con un nivel de instrucción mínimo. La información que se registra sobre las usuarias dice estricta relación con el "producto" que se distribuye, es decir los anticonceptivos. Cuando es necesario las promotoras remiten a las usuarias a los médicos del INPPARES, para inserción de DIUs o complicaciones ginecológicas.

### 2.3 Cobertura de los programas de planificación familiar<sup>4/</sup>

El 88% de todas las mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo, siendo el 50% de ellos poco eficaces.

De las mujeres entrevistadas, 63% ha escuchado o visto alguna vez un mensaje sobre planificación familiar, pero hay importantes diferencias entre zonas urbanas y rurales (77% y 34%), entre las regiones naturales y los grupos educativos.

La prevalencia anticonceptiva, según encuestas, asciende en 1986 a 46% de las mujeres en edad fértil.

El incremento de uso de métodos modernos es aún lento y fundamentalmente ocurre en áreas urbanas. El ritmo es el método más usado, excediendo a la suma de píldoras y DIU.

Hay un incremento de las mujeres unidas y fértiles que no desean tener más hijos (61% en 1977 a 74% en 1986). La mujer peruana desea tener 2.7 hijos en promedio (2.5 en zonas urbanas y 3.0 en zonas rurales).

El 45% de las usuarias de algún método había recibido información o el servicio en los establecimientos de entidades públicas del sector salud.

Entre las razones más frecuentes para discontinuar el uso de anticonceptivos se encuentra la "falla del método" (36% de las razones), porcentaje que se eleva a 60% en el caso del ritmo. Otra razón es el temor a daños en la salud si se usan métodos modernos, lo que plantea la necesidad de educación.

---

<sup>4/</sup>Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad (1976-77); Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (1980-81); Encuesta Demográfica y de Salud (1986), citadas en el informe del consultor .

#### 2.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

No existe un sistema de información nacional consolidado que abarque todas las actividades de planificación familiar del país. Cada institución, pública o privada, tiene su propio sistema de información, con vistas a evaluar sus actividades.

En líneas generales puede decirse que el sistema de información gerencial del Ministerio de Salud es malo. Sin embargo, hay voluntad en los altos directivos del ministerio de lograr un sistema eficiente y el ministerio cuenta con recursos externos para ello.

El Ministerio de Salud tiene el sistema de información más extenso pero que adolece de varios problemas referentes a:

- confiabilidad de la información;
- la información no es siempre completa;
- oportunidad de la información (hay atraso en la recepción y publicación, lo que dificulta su uso por los administradores);
- el uso de la información es limitado, se compara lo programado con lo realizado pero no se usa para la toma de decisiones.

La Dirección General de Planificación Familiar, en el programa ya mencionado, incluye un sistema acabado de información sobre planificación familiar (con supervisión, evaluación, capacitación del personal que produce, procesa y utiliza la información). Hay además un manual con las normas a seguir en el manejo de la información que se va a distribuir a más de 4000 organismos de salud del país (5000 ejemplares).

El consultor señala, sin embargo, algunos hechos anómalos que vale la pena tener en cuenta y que pueden debilitar considerablemente un sistema de información. Los nuevos formularios no fueron probados en terreno antes de su difusión masiva; reuniones planificadas para dar a conocer el nuevo sistema de información no pudieron llevarse a cabo por una huelga médica (iniciada en mayo de 1989); los organismos de atención a la comunidad no cuentan con los nuevos formularios. Es posible que estos problemas, detectados al momento de la consultoría, se hayan superado. Pero también pueden ser indicadores de tendencias recurrentes.

En todo caso, en la Dirección General de Planificación Familiar hay proyectos importantes en curso, con recursos externos. Uno de ellos se refiere al desarrollo del sistema de información en planificación familiar, en todas sus dimensiones (proyecto UNFPA/OPS (PER-MCH-042)). Otro, está destinado a la capacitación en planificación familiar de médicos, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería (proyecto UNFPA/OPS que abarcará en total 8657 funcionarios, comenzó en octubre de 1988 y concluye a fines de 1991). También hay un proyecto USAID/Perú (Child survival action project) que se llevará a cabo por tres años a partir de 1990, y que contempla apoyo para el sistema de información gerencial en el sector salud.

El sistema de información gerencial del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) está mejor estructurado que el del Ministerio de Salud pues ha contado con mayores recursos económicos que este último, pero también se ha visto afectado por la crisis.

Cada una de las ONGs que laboran en el área de planificación familiar tiene su propio sistema de información, que funciona bien para responder a las demandas de las instituciones donantes, pero se recoge muy poca información que sea adecuada para la toma de decisiones administrativas y que pueda cotejarse con otras ONG o con el sector público.

El consultor recomienda otras actividades en materia de mejoría de los sistemas de información gerencial, que deberían emprenderse en el Perú aparte de los proyectos mencionados; tal vez sean prematuras. Si hay grandes proyectos que recién comienzan, si hay dificultades estructurales para implementar nuevos sistemas, cabe preguntarse si es aconsejable ampliar el abanico de nuevas actividades, hasta que se logre consolidar las líneas de los proyectos que están en curso.

Esto resulta aún más claro si se piensa en la capacidad efectiva de las instituciones para implementar sistemas de información gerencial de carácter global dada la crisis económica y política que vive el país.

## 2.5 Personas contactadas (ver informe del consultor)

## 2.6 Bibliografía

- "Sistemas de información gerencial en programas de salud materno-infantil y planificación familiar en el Perú". Informe del consultor Alcides Estrada. Proyecto SIG/CELADE, 1989
- "Programa Nacional de planificación familiar, 1988-1991", Ministerio de Salud, Dirección General del Programa Nacional de planificación familiar, 1989.
- Diez guías para trabajar educación sexual con adolescentes. Ediciones Manuela Ramos, Lima 1985, 76 pag. (Isis nº 1.1.529)
- Manual de orientación familiar. Carmen Derpich, Ed. San Marcos, Lima, 1985, 39 pag. (Isis, 1.1.222)
- Manual de la promotora. INPPARES.

## 3. ECUADOR

### 3.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	= 10.000.000 (1987, consultor)	
Tasa de natalidad (x 1000)*	= 35	media AL = 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	= 4.6	media AL : 3.76
% Población urbana, 1985 *	= 52	
PIB per capita , 1987, US \$**	= 1040	

De los nacimientos atendidos desde 1987, el 32.6% se realizó en la casa.

\* datos para 1985-90, United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989

### 3.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

#### 3.2.1 Sector público:

- Ministerio de Salud Pública
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

El IESS ampara al trabajador/a pero no a su familia.

En el informe del consultor no se encuentran más precisiones acerca de cuáles son las actividades de planificación familiar de las instituciones del sector público.

#### 3.2.2 Sector privado:

- Asociación pro bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE).

Es una entidad sin fines de lucro, afiliada a IPPF, cuyo objetivo principal es ofrecer información y servicios en el campo de la planificación familiar.

Desarrolla varios proyectos, entre los cuales hay quince clínicas de distinto tipo (pilotos, de apoyo, experimentales) que prestan servicios de planificación familiar y clínicas donde se llevan a cabo esterilizaciones. Cuenta con médicos llamados "colaboradores", que previo entrenamiento y provisión de anticonceptivos, los entregan directamente en su consulta. Tiene también un Programa de la Mujer, y brinda información y educación a la comunidad.

- Centro médico de orientación familiar (CEMOPLAF)

Es una institución sin fines de lucro, que trabaja en 8 provincias del país, cuyo objetivo es también ofrecer información y servicios de planificación familiar. Tiene 22 clínicas, donde se prestan servicios de planificación familiar y otros servicios médicos tales como exámenes ginecológicos de laboratorio y atención materno-infantil. Pareciera que tiene un rango de actividades menos circunscrito a la planificación familiar que APROFE.

En el archivo del proyecto figuran dos manuales de planificación familiar, publicados por CEMOPLAF (ver bibliografía) y que reflejan la orientación del trabajo de la institución. Llama la atención que se entra directamente en materia (cómo son los órganos reproductivos y cómo usar los anticonceptivos) sin tomar en cuenta otros elementos que también pueden incidir en la planificación familiar, tales como los valores, las creencias, el proyecto de vida de las mujeres y de las parejas.

3.3 Cobertura de los programas de planificación familiar<sup>5/</sup>

El 90 % de las mujeres actualmente casadas o unidas ha oído hablar de por lo menos un método moderno de planificación familiar. (87% en el total de entrevistadas).

La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en las mujeres casadas o unidas es de 44.3% (29% en el total de entrevistadas) según una fuente\*; según otra es de 47.4 %\*\*.

Los métodos más usados son la esterilización femenina (15.0%), el dispositivo intrauterino (9.8 %) y la píldora (8.5%) según una fuente\*. Según otra, los más utilizados son : DIU, píldora, esterilización femenina\*\*.

Los proveedores más importantes de anticonceptivos son: los hospitales y centros de salud del Ministerio de Salud Pública, los médicos y clínicas particulares y APROFE, según una fuente.\* Según otra fuente, los principales proveedores son \*\*: (en porcentajes)

Ministerio de Salud	: 24.1
APROFE	: 10
CEMOPLAF	: 7.3
Fuerzas Armadas	: 2.6
IESS	: 4.2
Farmacias	: 9.4
Médico/inst. privada	: 30.2
Otros	: 12

3.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

El sistema de información gerencial de las instituciones públicas (Ministerio e IESS) es malo. Hay varios proyectos en curso para mejorarlo, financiados por agencias externas, pero no coordinados entre sí.

Las instituciones privadas (APROFE y CEMOPLAF), en cambio, tienen un buen sistema interno de información, diseñado principalmente en función de los requisitos de las agencias donantes.

---

<sup>5/</sup> Los datos con un \* provienen de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar, 1987, muestra de 1292 mujeres; los datos con \*\* pertenecen al Informe General de la Investigación de Salud Materna del Ministerio de Salud Pública de UNFPA, 1989 (muestra representativa de mujeres de 15-49 años, en 8 provincias del país).

### 3.4.1 Ministerio de Salud Pública

Las fallas del sistema del ministerio son:

- problemas de conceptualización (qué información se necesita, quién la necesita, con qué periodicidad, cuál es el flujo que debe seguir, cómo se procesa, etc); hay heterogeneidad de formularios; además muchas veces faltan formularios; hay una sobrenumeración de usuarios. En síntesis, la generación primaria de información no es confiable;
- en el traspaso de la información del nivel local al central intervienen distintas personas, con diversos niveles de preparación, y sin que existan definiciones previas, lo cual aumenta la posibilidad de sesgo;
- el procesamiento de la información se hace a nivel manual y con recursos estadísticos rudimentarios, perdiéndose información de gran utilidad;
- la información no se consolida en forma oportuna;
- en todos los niveles no existe el hábito o cultura de analizar información para tomar decisiones y la retroalimentación es prácticamente inexistente.

El consultor recomienda hacer un estudio que tienda a solucionar estos problemas. Se trata de diseñar un sistema de información, que contemple una evaluación periódica así como entrenamiento del personal que deberá manejar la información. Señala que varias instituciones internacionales están trabajando en este campo y que deberían coordinarse, pero no indica cuáles son.

### 3.4.2 Instituto Ecuatoriano de Seguros Sociales (IESS)

El sistema es significativamente deficiente, no se conoce con exactitud la población afiliada, ni el número de mujeres en edad fértil, ni la población infantil. No hay un sistema específico de información para el área materno-infantil y de planificación familiar.

El consultor recomienda rediseñar un sistema, comenzando por una adecuada conceptualización, buscando homogeneizar lo que se proponga con la propuesta para el Ministerio.

### 3.4.3 APROFE

Su sistema de información es bueno. Ha sido diseñado de acuerdo a las necesidades tanto de los directivos de la institución como de las agencias donantes. La conceptualización es buena, se supervisa la recolección de información, se procesa y analiza la información en términos de un modelo preestablecido, hay evaluaciones periódicas, hay retroalimentación y la información se usa para la toma de decisiones.

### 3.4.4 CEMOPLAF

Su sistema de información también es bueno.

El consultor recomienda que dentro de lo posible, al reformularse el sistema de información público, se tenga en cuenta buscar armonizarlo con el de las entidades privadas, de forma que se pueda comparar la información.

3.5 Personas contactadas: entrevistas realizadas en USAID, UNFPA, Ministerio de Salud Pública, IESE, CEMOPLAF, APROFE (ver nombres en informe del consultor).

### 3.6 Bibliografía

- "Sistemas de información gerencial en programas de salud materno-infantil y planificación familiar en el Ecuador". Informe del consultor Gabriel Ojeda, proyecto SIG/CELADE 1989
- Encuesta de Demografía y Salud Familiar, 1987
- Informe General de la Investigación de Salud Materna del Ministerio de Salud Pública y de UNFPA, 1989
- Manual de planificación familiar para médicos y obstetras, CEMOPLAF, 1989, 49 pag.
- Manual de planificación familiar (para capacitadores), CEMOPLAF, 59 pág. (Incluye: anatomía y fisiología de los órganos de reproducción/descripción de métodos anticonceptivos/técnicas de promoción, que consisten en visitas domiciliarias para venta de anticonceptivos).
- Guía de la mujer ecuatoriana, ILDIS-CEPAM, 1986. Isis nº 00187.00.

## 4. PARAGUAY

### 4.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población (1988)*	= 4.040.000	
Tasa de natalidad (x 1000 hab).*	= 35	media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	= 4.6	media AL : 3.76
% de Pobl. urbana (1985)*	= 44	
GNP per cápita, US \$,1987**	= 1000	

\* datos para 1985-90, United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989

Respecto a la tasa de fecundidad, un artículo del International Family Planning Perspectives (ver bibliografía) da una tasa superior para 1987 ( 5.4) y plantea una discusión al respecto, porque algunos datos indicarían hechos anómalos : que la tasa de 1977 fue de 6.3, la de 1979 habría sido inferior (4.9) y en 1987 habría vuelto a subir. Los autores concluyen que estas diferencias pueden deberse a la forma en que se recolectó la información, pero que en todo caso la tasa de fecundidad de Paraguay sólo es sobrepasada por 4 países en América Latina (Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua), lo que corresponde con la información de CELADE (ver "América Latina: transición de la fecundidad en 1950-1990", CELADE, serie A, nº 200, febrero 1990).

### 4.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

Respecto al sector público, el consultor del proyecto SIG sólo se refiere al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social donde se creó, recientemente (no se indica cuando), el Departamento de Protección Familiar (DEPROFA), que es responsable del programa de planificación familiar.

En el informe del consultor no hay información sobre el sector privado.

Otra fuente<sup>6/</sup> permite completar la información, y señala que el Paraguay, en 1979, se retiró del programa de ayuda bilateral sobre planificación familiar de la AID y esto interrumpió la entrega de anticonceptivos por parte de las instituciones del sector público. Según los autores, la tendencia de la fecundidad en Paraguay es concordante con programas públicos de planificación familiar muy limitados.

El estudio mencionado no hace ninguna referencia al DEPROFA, lo que permite suponer que por lo menos hasta el año 1987 no se había creado.

Respecto al sector privado, la misma fuente señala que existe el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), afiliado al IPPF, que tiene clínicas que ofrecen servicios de planificación familiar y que condujo en la primavera de 1987 una encuesta sobre la materia en el Paraguay.

El estudio ya señalado recomienda centrar los esfuerzos de planificación familiar en las mujeres del Interior, lo que tendría el mayor impacto en la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos del país. Si se proveen métodos modernos, serán usados por las mujeres, independientemente de lo que sea su práctica actual. Hay que enfatizar la oferta de anticonceptivos de efecto reversible y privilegiar inicialmente los programas que se dan en clínicas, porque la población no es muy entusiasta del sistema de distribuidores comunitarios de anticonceptivos, lo que podría variar si hay una mejor difusión al respecto.

#### 4.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

El informe del consultor no proporciona información al respecto.

La fuente señalada en el punto anterior indica que 4 de 10 mujeres casadas usan algún método anticonceptivo efectivo; el método más usado son las píldoras, pero el segundo en popularidad (7 %), tanto en las zonas urbanas como rurales, son las hierbas (yuyos), que no tienen un efecto anticonceptivo probado.

38.5 % de las mujeres casadas usa métodos anticonceptivos con algún grado de efectividad y sus preferencias se distribuyen de la siguiente manera (en porcentajes):

- píldora	: 14
- DIU	: 5
- esterilización	: 4
- inyecciones	: 4
- condón	: 2
- vaginales	: 0,5
- retiro y ritmo	: 9

El uso de anticonceptivos efectivos es mayor en Asunción (50 % de las mujeres) que en el Interior (menos de 1/3 de las mujeres). Pero, contrariamente a las expectativas de los investigadores, el uso de yuyos es casi el doble en la capital que en el Interior (11 versus 6 %).

Actualmente los principales proveedores de anticonceptivos a mujeres casadas son las farmacias (51 %), el CEPEP (14 %) y médicos privados (12 %).

---

<sup>6/</sup> "Paraguay : few changes found in PF practice or fertility in the past ten years", En : International Family Planning Perspectives, vol 15, nº 1, marzo de 1989. Se trata de un artículo que sintetiza una investigación "Contraceptive use and fertility in Paraguay, 1987". Montheith, R.S et al. En : Studies in Family Planning 19 :284, 1988.

El estudio mencionado determinó que 23 % de las mujeres paraguayas necesitan un servicio de planificación familiar.7/ Dentro de este grupo la mayor proporción vive en el Interior, habla sólo Guaraní, no ha completado la educación primaria y está cesante.

#### 4.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

Según el consultor el sistema del Ministerio de Salud es bueno y sólo requiere de ajustes, que parecen menores.

DEPROFA cuenta con un registro en los centros o puestos de salud, que entrega información sobre planificación familiar y los servicios que estos centros prestan: charlas educativas, visitas domiciliarias y entrevistas; número de usuarias, seguimiento de las mismas y métodos usados; PAP y exámenes de mamas.

La ficha médica de cada mujer/hombre registra datos socio-económicos e individuales : edad, estado civil, grado de educación, actividad, ingreso promedio, tiempo de convivencia, si desea tener hijos, espaciar los embarazos o no desea tener más hijos; antecedentes gineco-obstétrico (inicio menstruación, tipo menstrual, inicio actividad sexual, embarazos, partos, abortos) y estado de los órganos sexuales.

Falta, a juicio del consultor, un registro sobre el tipo de capacitación que recibe el personal en materia de planificación familiar y sobre provisión de anticonceptivos (existencias iniciales y finales por tipo de anticonceptivo, consumos mensuales y necesidades).

No se dispone de información sobre el sistema de información gerencial del sector privado.

#### 4.5 Personas contactadas

No se indican en el informe del consultor

#### 4.6 Bibliografía

- "Resumen del diagnóstico sobre sistemas de información gerenciales en salud materno infantil y planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay ", Proyecto SIG/CELADE 1989 (nombre del consultor no figura en el informe). El informe no incluye una bibliografía.
- "Paraguay: few changes found in FP practice or fertility in past 10 years". Reseña de investigación en: International Family Planning Perspectives, vol 15, nº1, marzo de 1989, p. 42-43.

### 5. REPUBLICA DOMINICANA

#### 5.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	= 5.647.977 (censo 1981,consultor)	
Tasa de natalidad (x 1000)*	= 31	media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	= 3.8	media AL : 3.76
PIB per capita, 1987 US \$**	= 730	
% Población urbana, 1985 *	= 56	

\* datos para 1985-90, United Nations World Population Chart,1988

\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989

---

7/ El estudio consideró que una mujer "necesita" servicios de planificación familiar cuando es fértil, sexualmente activa, no está embarazada ni desea estarlo, utiliza yuyos o bien ningún método anticonceptivo.

El consultor señala que es difícil encontrar cifras demográficas válidas para la República Dominicana, porque los censos son deficientes, y también los registros vitales. Para obtener aproximaciones a determinados fenómenos, en especial relativos a planificación familiar, se ha recurrido a encuestas.

## 5.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

### 5.2.1 Sector público

Hay tres instituciones:

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
- Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAPOL)

Dentro del SESPAS existe un Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), creado en 1968, que es el organismo máximo en todos los aspectos relacionados con población en el país, y del cual depende el programa nacional de planificación familiar.

El rol del IDSS y del ISSFAPOL en la planificación familiar es mínimo y por eso el consultor no hizo entrevistas en ellas.

### 5.2.1 Sector privado

En dicho sector se encuentra la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia Dominicana (PROFAMILIA).

Es una organización privada sin fines de lucro. Presta servicios de planificación familiar a través de clínicas, donde se puede obtener la esterilización, y por medio de la distribución comunitaria de anticonceptivos.

Además desarrolla actividades de información, educación, adiestramiento y comunicación, mercadeo social e investigación. PROFAMILIA es la afiliada en República Dominicana de la IPPF.

## 5.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

El conocimiento de métodos es universal entre las mujeres en edad fértil.

Los métodos más conocidos son la esterilización femenina, la píldora, el DIU, el condón y la inyección.

El 50% de las mujeres en edad fértil, unidas o casadas, usa un método de planificación familiar (fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1986, citada por el consultor). Las usuarias se distribuyen así (en porcentajes):

- esterilización femenina	: 32.9
- píldora	: 8.8
- DIU	: 3.0
- retiro	: 1.5
- ritmo	: 1.4
- condón	: 1.4
- vaginales	: 0.2
- Norplant	: 0.2
- inyección	: 0.1
- esterilización masculina	: 0.1
- otro	: 0.4

El principal proveedor de píldoras, DIUs, condones y esterilización femenina es el SESPAS. Las farmacias juegan un rol importante en el caso de la píldora y el condón, mientras los hospitales privados son una fuente importante para la esterilización femenina y el DIU.

#### 5.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

##### 5.4.1 En el CONAPOFA (SESPAS)

El CONAPOFA recoge información sobre planificación familiar, mujer embarazada y puerperio en los diferentes niveles administrativos del SESPAS.

El sistema de información adolece de las siguientes fallas:

- conceptualización: no están definidas las necesidades de información ni las variables, lo que lleva a distintas interpretaciones de los términos al momento de recoger la información. Hay una falta total de estandarización;
- no hay una supervisión eficaz de la forma en que se recoge la información;
- respecto al procesamiento y análisis, hay una falta total en la oportunidad de la información; tampoco existe un modelo de análisis de la misma;
- no existe el hábito de consultar información para tomar decisiones;
- tampoco está definido cómo debe operar la retroalimentación de la información, del nivel central al periférico.

La Dirección Médica de CONAPOFA entrega un informe al Departamento de Evaluación e Investigación (equipo multidisciplinario de 10 especialistas), que a la vez envía este informe al centro de cómputos, que lo devuelve a la Dirección Médica. En principio debiera haber dos informes anuales. Al momento de la consultoría (noviembre 1989) no estaba listo todavía el informe del 1er semestre.

Respecto de planificación familiar sólo se recogen antecedentes médicos de las usuarias: edad, número de embarazos, de partos, de hijos vivos y método anticonceptivo elegido.

Según el consultor, el CONAPOFA dispone de recursos humanos suficientes y de equipo, pero falta diseñar un buen sistema de información.

##### 5.4.2 El SESPAS

El SESPAS recoge una información muy similar a la de CONAPOFA (hay duplicación), lo que demuestra una falta de coordinación entre instituciones y departamentos.

Actualmente un equipo multidisciplinario está llevando a cabo una reestructuración del sistema de información de SESPAS. De 400 formularios se piensa llegar a una cifra de 15-20.

A diferencia del CONAPOFA, hay definición de procedimientos, pero no se siguen.

Tanto a nivel local como regional y central hay una total falta de entrenamiento del personal en lo referente al sistema de información.

Sólo existen computadores en dos regiones y un hospital. A nivel central hay equipo suficiente, pero la falla viene de la conceptualización y recolección de la información (falta de confiabilidad).

Al igual que en CONAPOFA no existe retroalimentación.

##### 5.4.3 PROFAMILIA

Como la mayor parte de estas instituciones sin fines de lucro, su sistema de información responde a los requisitos de las agencias donantes más que para ser utilizado en la toma de decisiones. Se caracteriza por:

- falta de conceptualización, no existiendo un glosario de términos; no hay definiciones respecto de qué información se necesita, quién la necesita, cómo debe recolectarse, qué flujo debe seguir la información, cómo se debe procesar, analizar e interpretar;
- separación entre los departamentos que tienen a su cargo el sistema de información y el resto de la institución; muchas veces los datos quedan a cargo de los ejecutores de los programas y no son evaluados a nivel central;
- a nivel de la institución hay desperdicio y duplicación de actividades, recursos físicos y humanos, lo que da lugar a errores y perjudica la marcha de la institución.

#### 5.4.4 Recomendaciones generales

- hacer un estudio en cada institución que permita llegar a una clara conceptualización del sistema de información, de modo que éste entregue información clara, confiable, completa y oportuna;
- el sistema diseñado debe incluir un procedimiento de evaluación periódica;
- se requiere entrenar al personal en los distintos niveles para el manejo de la información;
- debe haber una coordinación entre las asesorías prestadas a las instituciones de forma que en el futuro la información que recoja cada una pueda ser comparable con las demás;
- también habría que coordinar las diferentes fuentes de financiamiento externo, para lograr una mayor racionalidad en los gastos.

#### 5.5 Personas contactadas en USAID, SESPAS, CONAPOFA, Development Associates y PROFAMILIA (ver informe del consultor)

#### 5.6 Bibliografía

- "Sistemas de información gerencial en programas de salud materno-infantil y planificación familiar en la República Dominicana". Informe del consultor Gabriel Ojeda, proyecto SIG/CELADE, 1989
- Encuestas nacionales de fecundidad, 1975 y 1980 (sin referencias)
- Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos, 1983 (sin referencias)
- Encuesta Demográfica y de Salud, 1986.

### 6. HONDURAS

#### 6.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	= 4.400.000 (1988, consultor)	
Tasa de natalidad (x 1000 hab.)*	=	40 media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	=	5.5 media AL : 3.76
PIG/hab., 1987 US \$)**	= 780	
% Población urbana, 1985*	= 40	

\* datos para 1985-90, United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Data Sheet 1989

Según datos del Ministerio de Salud Pública (1988, Boletín de Estadística e Información) la tasa de natalidad sería aún mayor, es decir de 44 nacidos vivos x 1000 hab. y la tasa de mortalidad de 9.5 x 1000. Si se continúa a ese ritmo, en 20 años la población de Honduras se duplicará. El gobierno quiere hacer disminuir la natalidad.

Según estimaciones del Ministerio de Salud, 30% de la población no tiene acceso a ningún servicio de salud, 60% es atendida por el Ministerio, 7% por el IHSS (Instituto Hondureño de Seguridad Social) y 3% por el sector privado.

Como indicador acerca del nivel cultural de la población y de la disponibilidad de servicios de atención materno-infantil vale la pena tener presente que 59.5% de los partos ocurren en la casa y de ellos 9.7% sin partera.

## 6.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

Por orden de importancia, las principales son la Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA), el Ministerio de Salud y lejos de esas dos el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

El consultor incluye en su informe una descripción de las actividades de cada una de las instituciones.

### 6.2.1 ASHONPLAFA

Es una institución privada sin fines de lucro, filial de la IPPF. Sus objetivos son entregar servicios de planificación familiar, con la participación de las fuerzas vivas del país y en una perspectiva educativa; también hacer investigación sobre el tema.

Su estructura administrativa consta de 8 departamentos, dentro de los cuales hay uno de evaluación y también tiene una oficina de procesamiento electrónico de datos.

### 6.2.2 Ministerio de Salud

De 1965 a 1975, el Ministerio de Salud Pública contó con un programa de planificación familiar financiado casi en su totalidad por la USAID. Al vencer el contrato entre ambas instituciones, la actividad de planificación familiar se vio disminuida en forma significativa.

A fines de 1983, se crea el Programa Nacional de planificación familiar, que depende de la División de Salud Materno-Infantil, que pretende no sólo entregar anticonceptivos sino educar. De hecho el Plan Nacional de Planificación Familiar se comienza a implantar en 1985, año en el que también se inicia la capacitación de personal médico y no médico, que continúa hasta 1987. Hasta la fecha, los servicios de planificación familiar se prestan principalmente en los CESAMOS y CESARES y menos en los hospitales.

En los documentos del proyecto hay un estudio sobre inventarios de anticonceptivos (ver bibliografía), donde se dice que de los seis hospitales nacionales sólo uno está proporcionando servicios de planificación familiar. En otro documento (Normas programas), aparece que el personal que ofrece servicios de planificación familiar incluye parteras tradicionales, guardianes de salud y voluntarios capacitados de la comunidad (ver bibliografía).

### 6.2.3 Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Cuenta con 2 hospitales en Tegucigalpa (uno materno-infantil), dos clínicas periféricas y una clínica de planificación familiar, anexa a una de las periféricas. Tienen derecho a la atención materno-infantil y a la planificación familiar los afiliados, las esposas de los beneficiarios y los niños hasta los 5 años.

### 6.3 Cobertura de los programas de planificación familiar<sup>8/</sup>

Respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, más del 97% de las mujeres casadas o unidas conocen por lo menos un método de planificación familiar. Los más conocidos son los orales 97.4%, la esterilización femenina 95.8% y el DIU 80.2%.

Usan algún método anticonceptivo 40.5% de las mujeres casadas o unidas, habiendo una gran diferencia entre áreas urbanas y rurales (59.3% versus 29.9%). La distribución de uso es la siguiente (en porcentajes):

- orales	: 13.4
- esterilización femenina	: 12.6
- vasectomía	: 0.2
- DIU	: 4.3
- retiro	: 3.9
- ritmo	: 3.5
- condón	: 1.8
- inyección	: 0.3
- vaginales	: 0.3
- otros	: 0.2

El aumento de la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos ha sido rápido. De 26.8% en 1981 pasa a 34.9% en 1984 y 40.5% en 1987.

### 6.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

#### 6.4.1 Ministerio de Salud Pública

Hasta 1978, el procesamiento de la información del ministerio fue manual. A partir de esa fecha, se computariza, utilizando servicios externos al ministerio (Centro Nacional de Informática y Oficina de Estadísticas y Censos). A partir de 1982 se recurre, al menos parcialmente, a un servicio del ministerio, el Departamento de Bioestadística, que depende de la Dirección General de Salud, pero el procesamiento final sigue en la Oficina de Estadísticas y Censos.

Las características del sistema son evaluadas en 1982 (por Fredy E. Flores) y se efectúan varios estudios de factibilidad para desarrollar un sistema para el ministerio. En 1986, se aumenta la dotación computacional y se crea la Unidad de Cómputo, que depende de la Oficina de Planeación. Actualmente hay microcomputadoras instaladas en diferentes secciones del ministerio (equipo donado por entidades internacionales). Se ha diseñado un "Sistema de Información Gerencial para la Salud".

Sin embargo, al momento de la consultoría se detectan todavía algunos problemas importantes :

- conceptualización: no se ha identificado suficientemente la información específica que se necesita, la periodicidad con que se necesita y los usuarios potenciales;
- la generación primaria de datos no es muy confiable porque no existe un sistema de supervisión; existen normas pero hace falta capacitar al personal sobre su uso y garantizar su cumplimiento;
- aunque la información se recolecta, no se procesa en forma oportuna;
- no existe una cultura de uso de la información para la toma de decisiones;

---

<sup>8/</sup> Fuente : Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Ministerio de Salud Pública, Asociación Hondureña de Planificación Familiar, Management Sciences for Health, Family Health International, Honduras 1987, mayo 1989; citada por el consultor.

- falta coordinación entre distintas instituciones internacionales que colaboran en el desarrollo del sistema de información del ministerio (Management Sciences for Health, OPS y otras).

Según el consultor el nivel del SIG del ministerio puede calificarse de intermedio.

#### 6.4.2 IHSS

En este sistema de información gerencial hay problemas de conceptualización (qué información se necesita, para qué y quién, con qué periodicidad); de supervisión de la calidad de la información. Sería sobre todo necesario que el sistema de información del IHSS se coordinara con el del Ministerio de Salud.

#### 6.4.3 ASHONPLAFA

En lo fundamental este sistema de información gerencial funciona bien. La información es centralizada en el departamento de Evaluación. Hay en algunas ocasiones duplicación, no siempre llega la información en forma oportuna o hay deficiencias de la confiabilidad a nivel local. Pero ASHONPLAFA cuenta con los recursos humanos, la tecnología y la infraestructura necesarios para solucionar estos problemas.

6.5 Personas contactadas en USAID, UNFPA, Management Sciences for Health, Ministerio de Salud, IHSS, ASHONPLAFA (ver informe del consultor).

#### 6.6 Bibliografía

- "Sistemas de información gerencial en programas de salud materno-infantil y planificación familiar, Honduras". Informe del consultor Gabriel Ojeda. Proyecto SIG/CELADE, 1989
- "Encuesta sobre uso y existencias de anticonceptivos en los establecimientos de salud", Ministerio de Salud, División de Salud Materno Infantil, Departamento de Atención a la Mujer Honduras, 1988
- "Normas Programas de planificación familiar y Lactancia Materna, Ministerio de Salud, División Materno Infantil, auspiciado por el proyecto salud materno-infantil y bienestar familiar, OPS/OMS/UNFPA, Tegucigalpa, 1983".

### 7. NICARAGUA

#### 7.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	= 3.272.000 (consultor, estim. 1985)	
Tasa de natalidad (x 1000)*	= 42	media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	= 5.5	media AL : 3.76
% Población urbana, 1985 *	= 57	
PIB per capita, US \$, 1987**	= 830	

\* United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989

El último censo de Nicaragua data de 1971. (El consultor considera necesario que se lleve a cabo un nuevo censo).

En cuanto a las estadísticas vitales, se estima que el registro de nacimientos puede estar subestimado en un 20% y el de muertes hasta en un 50%.

Información del consultor señala que, actualmente, 55% de los partos se atienden en hospitales y 45% en la casa.

Según el consultor "en los pasados 10 años Nicaragua perdió gran parte de la riqueza acumulada tanto en recursos humanos como materiales .... Nicaragua es hoy quizás el país más pobre del hemisferio occidental ... y el sector salud no podría mantenerse alejado de la situación que aqueja al país".

Hay en el archivo del proyecto una carta del consultor a Alan Keller del UNFPA, Nueva York, que completa el diagnóstico sobre la situación de Nicaragua, donde destaca, entre otros, la incidencia de factores políticos en el manejo del sector salud.

## 7.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

Estas son el Ministerio de Salud, en el sector público y PROFAMILIA en el sector privado.

### 7.2.1 Ministerio de Salud

En la actualidad en algunas unidades de salud se prestan algunos servicios de planificación familiar, pero éstos dependen mucho de la disponibilidad de anticonceptivos que ha sido hasta ahora esporádica.

Según el consultor, cuando llegó el gobierno sandinista al poder en 1979, se desmotivó la utilización de métodos anticonceptivos y el Ministerio de Salud reorientó sus recursos hacia otras áreas. Solamente en los últimos años, el gobierno ha vuelto a mostrar interés en los programas de planificación familiar y los está comenzando a implementar con ayuda del UNFPA.

Al momento de la consultoría dichos programas todavía no estaban en marcha. Se estaban preparando las normas, luego vendría la difusión y la capacitación del personal, y la dotación de los servicios de anticonceptivos.

Estos programas cuentan con financiamiento externo de la UNICEF y UNFPA, para cubrir los items de capacitación, suministros, equipos, asistencia técnica, supervisión y evaluación. La agencia ejecutora es la OPS (Organización Panamericana de Salud).

El Ministerio de Salud está dedicando mucha atención a la reducción de la mortalidad infantil y materna.

### 7.2.2 PROFAMILIA

Es un organismo privado, llamado anteriormente Asociación Demográfica Nicaraguense. Está afiliado al IPPF. Cuenta con una clínica en Managua y un programa de distribución de anticonceptivos a nivel comunitario. En la clínica, por lo general, se atiende a la demanda, pues no se realizan campañas de promoción usando medios de comunicación masiva.

Los fondos de PROFAMILIA vienen todos de fuentes externas y son limitados.

## 7.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

No existe información en el país al respecto. El Instituto de Censos y Estadística realizó una encuesta de prevalencia de uso de anticonceptivos pero sus resultados no han sido publicados.

La prevalencia de uso de anticonceptivos es muy baja. Una misión de evaluación del UNFPA, que visitó el país en 1988, estimó que sólo el 4.3% de las mujeres en edad fértil estaban cubiertas por el programa oficial.

El consultor considera necesario que se lleve a cabo en Nicaragua una Encuesta de Demografía y Salud, como se han desarrollado en varios países de la región, que permita determinar la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos, el conocimiento y las actitudes de la población sobre planificación familiar.

#### 7.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

Las deficiencias en esta materia forman parte de un cuadro global que afecta al país y al sector salud.

Los principales problemas que enfrenta el sector público en el campo de la salud son: insuficiente financiamiento, pérdida del personal calificado (por emigración o dedicación a la práctica privada), deficiencias administrativas. Un estudio realizado por el Ministerio y la OPS en 1986 detectó deficiencias en materia gerencial en el sector salud y el Plan de Salud para 1988-90 considera de fundamental importancia que se diseñe, organice y ponga en marcha un sistema de información del sector salud.

La División Nacional de Estadística e Informática del sector salud, DINEI, adolece de varias fallas que ya fueron detectadas por una consultoría de OPS en 1986, entre otras que la División no cubre todas las líneas de acción del sector salud y que algunas dependencias del mismo han generado sus propias líneas autónomas de información, que van desde la base hasta el nivel central, lo que no permite comparar información.

Hay escasez de personal entrenado en el manejo de información que recoge la información en la base; faltan formularios; gran parte de los procesos se hacen en forma manual. La información no está disponible en forma oportuna (el último anuario de salud se publicó en 1985).

Dada la dificultad de obtener estadísticas actuales y confiables a nivel global, con apoyo de UNICEF y del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) se está promoviendo la evaluación de actividades de salud en áreas homogéneas pequeñas, con la metodología llamada de "sitios centinelas" (el consultor estima, sin embargo, que lo que se está haciendo actualmente carece de rigor metodológico).

Ya se seleccionaron los sitios centinelas en Nicaragua (tres o cuatro por área de salud) y cada año se emprenden estudios diferentes (control prenatal y bajo peso al nacer, diarrea infantil, etc).

El sistema de información gerencial de PROFAMILIA está todo concebido en función de los requisitos internos de las agencias donantes.

En cuanto a recomendaciones, el consultor señala que Nicaragua está recibiendo ayuda de UNFPA y UNICEF para programas de salud materno-infantil, pero no para mejorar los sistemas internos de información.

Para apoyar los programas de salud en curso sería necesario:

- rediseñar el sistema de información en salud en sus distintas etapas y pasos;
- capacitar el personal que deberá recolectar y manejar la información;
- aumentar la permanencia de dicho personal en el sistema de salud;
- evitar al máximo que se haga acumulación manual de información;
- mejorar el entrenamiento del personal de estadística;
- completar el número de computadores con que cuenta DINEI;
- asignar fondos para que los diversos formularios existan en cantidad suficiente;
- evaluar los resultados que se están obteniendo con la metodología de los sitios centinelas.

7.5 Personas contactadas: el consultor sólo señala algunos nombres en la presentación de su informe.

#### 7.6 Bibliografía

- "Sistemas de información gerencial en programas de salud materno infantil y de planificación familiar. El caso de Nicaragua". Managua, agosto de 1989. Informe del consultor, Fernando Gómez, Proyecto SIG/CELADE.
- Hay en el informe del consultor una bibliografía sobre aspectos generales del sistema de salud de Nicaragua, pero nada directamente relacionado con planificación familiar.

## 8. DOMINICA

### 8.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total*	: 81.185 (1987)
Tasa de natalidad (x 1000 hab.)**	: 29 media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)**	: 3.1 media AL : 3.76
% de Población urbana, 1985 **	: -
PIB per cápita, US \$, 1987 ***	: 1440

\* OECS, Statistical Pocket Digest, 1987

\*\* United Nations World Population Chart, 1988

\*\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet, 1989

### 8.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

En el sector público está el Ministerio de Salud y en el sector privado la Dominican Planned Parenthood Association (DPPA), filial de IPPF.

En el informe del consultor no hay una descripción de las actividades de planificación familiar de dichas instituciones. Señala que sólo un tercio de las mujeres en edad fértil son clientas del Ministerio, pero que probablemente otro tanto obtiene anticonceptivos de las farmacias y médicos privados.

Del DPPA dice que tiene una pequeña red de distribución de anticonceptivos en expansión.

En un paper que se encuentra en el archivo del proyecto, acerca de los/as adolescentes en Domínica (ver bibliografía), se dice que el DPPA sólo proporciona educación sobre planificación familiar pero no servicios clínicos.

### 8.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

No hay información al respecto en el informe del consultor.

Los datos que se señalan a continuación provienen del paper "Contraceptive use in the Caribbean" (ver bibliografía), y se basan en encuestas de mujeres de 15-44 años, realizadas por IPPF/WHR, en los años 1987-88.

En Domínica la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos es de 50%; en las adolescentes es de 30%.<sup>2/</sup>

Los métodos anticonceptivos más usados son (en porcentajes):

- Píldora	: 34.3
- Esterilización femenina	: 23.3
- Inyección	: 22.8
- Condón	: 12.1
- DIU	: 3.4
- Otros	: 4.1

<sup>2/</sup> Según el autor, en todos los países del Caribe el uso de anticonceptivos es moderadamente alto, logro que se obtuvo en un período corto de tiempo; las tasas de prevalencia son más altas en Las Bahamas, St Vincent, y Antigua y son más bajas en Domínica, St. Lucía, St. Kitts-Nevis y Grenada.

Según el autor cada vez más mujeres recurren a métodos permanentes de planificación familiar. Los hombres en cambio recurren menos al condón y no han compensado esto con la vasectomía. Los métodos no hormonales tienen poco uso en El Caribe.

El estudio sobre las actitudes de los hombres frente a la planificación familiar (ver bibliografía) señala que los hombres no se oponen a la planificación familiar tal como se pensaba anteriormente y que están dispuestos a participar en programas educativos al respecto, especialmente con promotores hombres. Actualmente 50% de la muestra de los hombres unidos usa anticonceptivos.

Más de 1/3 de todas las mujeres que dieron a luz señalan que su último embarazo no fue planificado. En las adolescentes esto ocurre en un 60-80% de los casos. También ocurre en las mujeres mayores. El 20% de las mujeres de 35-44 años quedó embarazada sin desearlo.

El autor considera que en los países del Caribe ya hay conciencia sobre la planificación familiar, pero que todavía hay errores en cuanto a la efectividad del uso de la contracepción y sobre todo que convendría focalizar la planificación familiar hacia grupos específicos.

#### 8.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar.

El consultor se refiere sólo al Ministerio de Salud. Es un sistema bien concebido, manual, que funciona bien y que requeriría mejorías que no son sustanciales. Considera que si tuviera que calificarlo en base a una escala de 10 puntos, el SIG de Dominica obtendría 8.5.

La información que se recolecta es muy comprensiva pues abarca todos los hogares de Dominica (de hecho el Ministerio tiene un sistema de registro tal que a juicio del consultor bien podría reemplazar el Censo).

Como deficiencias señala que el registro de información a nivel local tomaría demasiado tiempo al personal; la calidad de la información recogida no es muy alta; faltan análisis más elaborados, que vayan más allá de la cobertura y usuarios de tales o cuales servicios.

La principal recomendación del consultor es que se computarice el sistema.

En términos de la planificación familiar, dado el subregistro existente, considera necesario que se busque la manera de tener una cobertura estadística total.

8.5 Personas contactadas: no figuran en informe del consultor, conviene ver en los cuestionarios del proyecto.

#### 8.6 Bibliografía

- "Dominica. Evaluation report. Project: evaluation of management information systems in maternal-child health/family planning in Latin America and the Caribbean (RLA/89/p01)", July 1989. Informe de Michael Vlassoff. Proyecto SIG/CELADE.
- "Teens in Dominica: what do they know about family life education?". Evelyn G. Landry, MPH, Tulane University, New Orleans, Louisiane, en colaboración con Desmond McIntyre, MD, Jean Jacob, RN MPH, Ministry of Health, Roseau, Dominica, enero 1986.
- "Strategies for reducing male opposition to family planning", mismos autores e instituciones que el paper anterior, mayo de 1986.
- "Contraceptive use in the Caribbean". Executive's Director's meeting. Hotel Marissol. Bas du Fort, Guadeloupe, June 2, 1989. Autor: Dr. Tribani P. Jagdeo, Chief Executive Officer del Caribbean Family Planning Affiliation (CFPA), con sede en Antigua.

## 9. GRENADA

### 9.1 Algunos indicadores de desarrollo socio-económico

Población total	=	aprox. 80.000 (último censo 1981)	
Tasa de natalidad(x 1000 hab.)*	=	24	media AL : 29.83
Tasa de fecundidad (x mujer)*	=	3.5	media AL : 3.76
% de población urbana, 1985 *	=	-	
PIB per capita, US \$, 1987**	=	1340	

\* United Nations World Population Chart, 1988

\*\* Population Reference Bureau, Population Data Sheet 1989

### 9.2 Instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar

En el sector público está el Ministerio de Salud y en el sector privado la Grenada Planned Parenthood Association (GPPA), afiliada a IPPF.

Según el consultor probablemente el principal proveedor de anticonceptivos son las farmacias y la GPPA.

### 9.3 Cobertura de los programas de planificación familiar

En el informe del consultor no hay información al respecto.

El estudio sobre uso de anticonceptivos en El Caribe (ver bibliografía) señala que la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15-44 años era de 38% en 1984.

### 9.4 Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

En el Ministerio de Salud el sistema de información relativo a la planificación familiar está separado del sistema de información del área materno-infantil y de la Unidad Estadística del Ministerio.

No existen informes estadísticos sobre planificación familiar. La información que se recoge (el consultor no indica cual) no es analizada.

Esto se debería a que la Unidad de Planificación Familiar dentro del Ministerio tiene un financiamiento propio, en base a proyectos. El consultor recomienda que en adelante la planificación familiar se integre con el área materno-infantil.

### 9.5 Personas contactadas: ver cuestionarios del proyecto.

### 9.6 Bibliografía

- "Grenada: evaluation report. Project : Evaluation of management information systems in maternal- child health/family planning in Latin America and the Caribbean (RLA/89/PO1". Informe de Michael Vlassoff. Proyecto SIG/CELADE
- "Contraceptive use in the Caribbean". Ver referencia completa en capítulo sobre Dominica.

#### IV. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CATEGORIAS Y ALGUNAS CONCLUSIONES

##### 1. Fecundidad y desarrollo socio-económico

Como ya se dijo, con vistas a caracterizar los problemas de fecundidad y planificación familiar de los países estudiados en el proyecto SIG desde el punto de vista de su nivel de desarrollo socio-económico, se seleccionaron algunos indicadores, que permitieran hacer al menos distinciones gruesas entre los países. Para ello se consideró, por una parte la población total, las tasas de natalidad y de fecundidad y por otra, el Producto Interno Bruto por habitante y el porcentaje de población urbana.

Se sabe hoy en día que en América Latina el descenso de la fecundidad está asociado con la urbanización, el mayor nivel educacional de las mujeres y el mayor nivel ocupacional del jefe de hogar. Asimismo, el descenso de la fecundidad ha sido más significativo en las mujeres mayores de 30 años y en el grupo de 15-19, probablemente por la expansión de los programas de planificación familiar y la postergación de la edad del primer matrimonio. Los países de la región han sido clasificados en cuatro grupos : de fecundidad alta, media alta, media baja y baja.<sup>10/</sup>

De los países estudiados por el proyecto SIG, tres se ubican en la categoría de fecundidad alta: Bolivia, Nicaragua y Honduras.<sup>11/</sup> Uno en la de fecundidad media alta : Paraguay<sup>12/</sup> ; tres en la de fecundidad media baja: Perú, Ecuador y República Dominicana.<sup>13/</sup> Domínica y Grenada no han sido clasificados por el estudio mencionado pero podrían caer también en la categoría media baja también.

Se constata que los países del proyecto SIG con fecundidad alta (entre 5.5 y 6.1 hijos por mujer), tienen también tasas altas de natalidad (más de 40 nacidos vivos x mil habitantes) y tanto en Bolivia como en Honduras hay más población rural que urbana (52 % y 60 % respectivamente). En los tres países el PIB/habitante es inferior a 1000 US \$. En suma, se trata de países más pobres y menos urbanizados.

Paraguay, como país de fecundidad media alta (4.6), tiene una tasa de natalidad inferior al grupo anterior (35 x 1000) pero tiene también menos población urbana que rural (44 %) y un PIB por habitante de 1000 US \$.

Los países de fecundidad media baja (Perú, Ecuador y República Dominicana) tienen tasas de natalidad más bajas (34.1, 35 y 31 x 1000 habitantes respectivamente), más población urbana (67%, 52% y 56%), y mayores recursos económicos (PIB/habitante de 1430 US \$, 1040 US \$ en el caso de Perú y Ecuador, siendo más bajo el de República Dominicana, 730 US \$).

Las tasas de fecundidad de Domínica y Grenada están dentro de las más bajas de los países estudiados por el proyecto SIG (3.1 y 3.5); sus tasas de natalidad son también las más bajas (29 y 24 x 1000) y son relativamente más altos sus PIB (1440 US \$ y 1340 US \$).

Lo anterior se tendrá en cuenta para futuras acciones de CELADE en el campo de la planificación familiar, en el sentido de privilegiar acciones en el grupo de países de fecundidad alta y media alta; sin perjuicio de responder a solicitudes de cualquier otro país de la región.

---

<sup>10/</sup> "América Latina: transición de la fecundidad en el período 1950-1990". CELADE, Serie A nº 200, Febrero 1990.

<sup>11/</sup> En esta categoría se encuentra también Guatemala.

<sup>12/</sup> En esta categoría se encuentra también El Salvador y Haití.

<sup>13/</sup> En esta categoría están ubicados también Brasil, México, Colombia, Panamá, Costa Rica y Venezuela.

## 2. Instituciones públicas y privadas que ofrecen programas de planificación familiar.

Es importante, por una parte, conocer cuáles son las instituciones que actúan en el campo de la planificación familiar pero se necesita también conocer la trayectoria de los programas, sus orientaciones y contenidos, el nivel de aceptación de dichos programas por las autoridades de gobierno, organizaciones religiosas y por los distintos grupos de población y en particular las mujeres.

Dado que el proyecto SIG tenía, como ya se dijo, otros propósitos, con la información recogida dentro del mismo sólo es posible responder parcialmente a estas interrogantes. Aún con esas limitaciones, es posible concluir que por lo general los programas de planificación familiar parecen haber funcionado mejor en las instituciones privadas que en las públicas. En algunos países, en ciertos períodos, en el sector público ha habido oposición política y religiosa (el caso del Perú), en otros principalmente política (Nicaragua durante los primeros años del gobierno sandinista). En otros, como en Bolivia, la planificación familiar se da en el marco de un programa de "lucha contra el aborto", lo que permite suponer la existencia de una visión "curativa" de la planificación familiar. La planificación familiar no es concebida como un derecho de la mujer y de las parejas de controlar su fecundidad sino como un elemento que permite prevenir la reincidencia del aborto. En otros países, como Honduras, hay en el sector público programas de planificación familiar desde una época temprana (década del 60), que nacen con ayuda externa y decaen cuando ésta concluye.

En varios casos hay situaciones que sería importante aclarar. Por ejemplo, en Perú se expresa una voluntad del Ministerio de Salud de articular los programas de planificación familiar, tanto públicos como privados, en circunstancias de que el programa del Ministerio es mucho más reciente que sus homólogos privados y tal vez no disponga de la capacidad efectiva de articular dichos programas. En Honduras el programa nacional de planificación familiar se crea en 1983; sin embargo un estudio actual sobre provisión de anticonceptivos señala que de los 6 hospitales públicos sólo uno entrega anticonceptivos.

Para Ecuador, República Dominicana, Dominica y Grenada los informes y archivos del proyecto SIG entregan una información muy reducida sobre la planificación familiar en el sector público. Sería importante averiguar si ello responde a una debilidad de la planificación familiar en dicho sector o bien a otros motivos.

Respecto al sector privado, es difícil formarse una idea completa de los contenidos de los programas a partir de la información que entrega el proyecto SIG. Sin embargo, en todos los países estudiados hay una institución que ofrece programas de planificación familiar y es afiliada a la IPPF, debido a lo cual debe haber una matriz común de principios y tipos de actividad.

Del proyecto SIG puede deducirse que los programas del sector privado junto con entregar anticonceptivos, y en algunos casos métodos permanentes de control de los nacimientos (esterilización femenina y vasectomía) ofrecen también información y educación. Los materiales que se han podido analizar se caracterizan por un tipo de información muy estrechamente limitada a lo anatómico-biológico pero dadas las limitaciones de la información disponible en el proyecto no puede concluirse que esto ocurre efectivamente así en los programas.

En varios programas intervienen como agentes, no sólo el personal médico sino también voluntarios de la comunidad y parteras tradicionales, lo que parece muy interesante, por cuanto permite suplir las carencias en personal médico y también porque ello facilita la comunicación con la población, en especial en los sectores rurales y marginales de las ciudades.

De lo dicho anteriormente, se plantea la necesidad de conocer mejor el contenido, las metodologías y las formas de difusión de los programas de planificación familiar.

## 3. Cobertura de los programas de planificación familiar

Una información básica para conocer y evaluar los programas de planificación familiar es, por un lado, determinar qué parte de la población usa servicios de planificación familiar, es decir cuál es la cobertura de estas actividades, y por otro lado, saber cuáles son las actitudes y valores respecto de la planificación familiar de los distintos sectores de la población.

Los informes del proyecto SIG entregan algunos datos respecto de cobertura, nivel de conocimiento y métodos anticonceptivos usados.

El conocimiento de algún método anticonceptivo parece ser casi universal en las mujeres en edad fértil y/o en las casadas o unidas (entre 90 y 100 %).

El proyecto SIG eligió países que tuvieran una tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos inferior a 50 %. De hecho, hay dos países con esa tasa (República Dominicana y Domínica); dos países con una tasa cercana al 45 % (Perú y Ecuador), tres países que están cerca del 40 % (Paraguay, Honduras y Grenada); Bolivia tiene una tasa cerca al 30 %. Sobre Nicaragua no se dispone en el país de información al respecto.

El método anticonceptivo más usado en 2 de los 5 países respecto de los cuales se dispone de esta información es de tipo permanente, la esterilización femenina (Ecuador y República Dominicana); en otros dos (Honduras y Domínica) son los métodos orales; y en Perú es el ritmo. La información es demasiado limitada para sacar conclusiones sobre uso de métodos en los nueve países.

Como es previsible, hay más información y mayor uso de anticonceptivos en zonas urbanas que rurales. Así por ejemplo, en el Perú, 77 % de las mujeres en edad fértil, que viven en zonas urbanas, habían recibido algún mensaje sobre planificación familiar versus 34 % en las zonas rurales. En el caso de Honduras, 59.3 % de las mujeres de zonas urbanas usan anticonceptivos contra 29.9 % de las zonas rurales.

Las cifras señaladas plantean sin embargo varias interrogantes. Si bien el conocimiento de los anticonceptivos es casi universal, hay fuertes desniveles en los países y sobre todo pueden haber dudas acerca de la calidad de dicho conocimiento. Sería importante saber cual es el nivel de uso adecuado de los métodos anticonceptivos eficaces y hasta qué punto las mujeres controlan efectivamente su vida reproductiva. En particular cuántos son los errores que terminan en un aborto inducido. Asimismo, corresponde determinar cuáles son las tasas de uso en ciertos segmentos de la población, en especial en los/as adolescentes, que en la mayor parte de los países todavía no son considerados usuarios legítimos de la planificación familiar.

Por último, un tema de la mayor importancia, se refiere al papel y actitudes de los hombres en la planificación familiar. Por mucho tiempo se ha considerado que la planificación familiar es un asunto de las mujeres. Avances investigativos recientes demuestran la importancia de considerar que el hombre tiene un papel muy importante que jugar y también la pareja como tal.

#### 4. Sistemas de información gerencial de los programas de planificación familiar

Como ya se dijo, éste es el rubro sobre el cuál más información se dispone gracias a los resultados del proyecto SIG. Es posible para cada uno de los países estudiados determinar cómo funcionan los sistemas de información (bien, regular o mal); cuáles son las principales recomendaciones para cada país (si afectan la totalidad de los sistemas de información, o bien sólo parte de ellos); y sobre todo dónde hay proyectos en curso que tienden a mejorar los sistemas de información.

La información específica está contenida en los capítulos referentes a cada país. Aquí se evocarán aspectos globales. La calidad de los sistemas de información gerencial en el sector público, en la mayor parte de los países estudiados, tiende a ser mala y por lo general inferior a la del sector privado. Esto se verifica en 5 países sobre 8 (respecto de los cuales los informes de los consultores proporcionan la información necesaria para pronunciarse sobre calidad): Bolivia, Perú, Ecuador, Nicaragua, y República Dominicana. En Honduras la calidad es regular y en Paraguay y Domínica es buena.

En el sector privado, de los 4 países al respecto de los cuales los informes del consultor permiten pronunciarse, hay dos países donde la calidad de la información es buena, (Honduras y Ecuador) y uno donde es regular (Perú). Sólo un país presenta mala calidad de información en el sector privado (República Dominicana).

A pesar de que, por lo general, los sistemas de información gerencial de las ONG funcionan principalmente en base a los requisitos de las agencias donantes externas y que sus datos no son comparables con los del sector público, ni han sido diseñados para serlo, los sistemas de las instituciones privadas parecen funcionar mejor que los del sector público. Esto puede explicarse, por una parte, por un problema de escala (el sector público es siempre mucho más grande que el privado y por ende más complejo de manejar). Tal vez también influya el hecho de que al parecer las actividades de planificación familiar han encontrado más obstáculos en el sector público que en el privado, habiendo contado en aquel con menos recursos y presentado por ende un sistema de información gerencial de menor calidad.

Existen proyectos en curso para mejorar los sistemas de información gerencial de salud materno-infantil y de planificación familiar en 5 de los 7 países (sobre los cuales los informes de los consultores entregan esta información): Bolivia (Banco Mundial); Perú (UNFPA/OPS y USAID); Honduras (OPS y Management Sciences for Health). También habría proyectos de esa naturaleza en Ecuador y República Dominicana pero en los informes no se señalan los nombres de los organismos que apoyarían esos proyectos.

Es interesante destacar que en varios países donde los sistemas de información gerencial no funcionan en forma adecuada, no se debe a que no se sepa cómo debe recogerse y procesarse la información, sino a que los sistemas diseñados no se han implementado en la forma que corresponde. Es el caso de Bolivia y Perú. También sucede que se da una gran dependencia de la ayuda externa. Cuando ésta concluye, decaen los sistemas de información. Esto ha sucedido, por ejemplo, en el sector público en Bolivia y en República Dominicana.

Estos antecedentes hacen aconsejable, antes de proponer nuevas soluciones, analizar detenidamente lo que ha ocurrido con propuestas anteriores, estudiando el proceso que va del diseño de un sistema de información hasta su puesta en marcha, con vistas a determinar los obstáculos y la forma en que podrían ser superados.

## 5. Conclusiones

Hasta aquí se han analizado algunas características básicas de los programas de atención materno-infantil y de planificación familiar de 9 países de la región donde la tasa de prevalencia anticonceptiva es inferior a 50 %.

La primera conclusión es que resulta necesario lograr un conocimiento más en profundidad de los programas de planificación familiar, tanto públicos como privados, y de mantener dicha información al día.

La segunda conclusión es que CELADE debe continuar con los esfuerzos en materia de sistemas de información gerencial. De hecho, ninguna política puede ser evaluada de manera adecuada si no existe un buen sistema de información gerencial de los programas de planificación familiar. Pero también se deben considerar otras dimensiones de la problemática de la planificación familiar.

La tercera conclusión se refiere a la necesidad de complementar la información sobre programas, con aquella que dice relación con el contexto social, político y cultural en que operan las instituciones públicas o privadas que ofrecen servicios de planificación familiar; asimismo, es necesario revisar información que permita determinar qué importancia atribuye la clase política al mejoramiento de las actividades de planificación familiar.

Es necesario revisar las bibliografías existentes, con vistas a tener una apreciación fundamentada acerca de cuáles son los valores morales y las actitudes respecto de la planificación familiar de los distintos segmentos de la población y de sus instituciones religiosas. Cuál ha sido la trayectoria histórica de la planificación familiar en cada país. Cuál es la ideología de los funcionarios, públicos o privados, y de las agencias de apoyo al desarrollo, involucrados en los programas de planificación familiar. Cuál es la relación entre los programas de planificación familiar y los grupos organizados de mujeres. Dado que varios de los países estudiados tienen población indígena y criolla, también es importante conocer cuáles son sus creencias, concepciones y valores relacionados con la fecundidad.

La cuarta conclusión, estrechamente vinculada con la anterior, es que con ocasión de la asesoría que CELADE preste a los países en materia de planificación familiar, debe tener preocupación por la eficacia de los programas, procurando que las propuestas puedan traducirse en acciones. Para ello se debe tomar en cuenta el contexto socio-político y considerar la crisis por la que atraviesan tantos países de América Latina, en especial los de niveles más altos de fecundidad, -Bolivia, Honduras y Nicaragua, por ejemplo,- y proponer líneas de acción que sean efectivamente posibles de implementar en una situación semejante. Por ejemplo, en determinado país, lo más adecuado podría ser recomendar el mejoramiento del sistema de información global referente a salud materno-infantil y planificación familiar, pero dicha propuesta podría resultar demasiado ambiciosa, puesto que buenos sistemas de información así como el hábito de usar la información para la toma de decisiones están asociados a altos niveles de desarrollo socio-económico y de estabilidad política. Convendría, en cambio, proponer líneas de acción más acotadas, referidas a determinados ámbitos, donde se den condiciones favorables, tanto políticas como de recursos materiales y humanos, para una implementación efectiva.

A pesar de que la información disponible hasta ahora sobre el funcionamiento de los programas de planificación familiar en los nueve países es relativamente limitada, la quinta conclusión es que parece importante contribuir a mejorar los contenidos y métodos de los programas, en varios sentidos.

Por una parte hay que reforzar la dimensión educativa y formativa de los programas, que muchas veces se caracterizan por un enfoque exclusivamente médico. En algunos países, el hecho de que se recurra en forma primordial a métodos anticonceptivos permanentes, tales como la esterilización femenina, inclusive en el caso de mujeres jóvenes, plantea la duda de si las mujeres que se han esterilizado han tenido la oportunidad de reflexionar sobre las consecuencias de esta opción y parece indispensable que ellas puedan hacerlo.

Junto con la dimensión reflexiva, es importante enfatizar en los programas los elementos que tienden a dar mayor autonomía a las mujeres y control sobre su conducta reproductiva y por ende sobre una parte fundamental de su proyecto vital. De la revisión efectuada pareciera que los programas prácticamente no tienen contactos formales con los grupos organizados de mujeres y esto sería algo que convendría remediar. De alguna manera se trata de privilegiar al máximo las decisiones individuales, si bien esto no siempre es fácil, dado que, pueden surgir divergencias entre los anhelos individuales y la voluntad política de los gobiernos.

También parece importante reforzar la existencia de una pluralidad de programas disponibles para los distintos segmentos de la población desde un punto de vista geográfico-cultural (mujeres urbanas, rurales, indígenas); también para los distintos grupos de edad: adolescentes, mujeres que desean tener una familia, mujeres que no optan por la maternidad. Dentro de esta diversidad hay que incluir acciones dirigidas a ambos sexos, dado que la preocupación por incluir a los hombres es sólo reciente.

Varios programas de la región han incorporado en su metodología el recurrir a agentes de la comunidad, en calidad de monitores y distribuidores de métodos anticonceptivos. Esta línea parece muy adecuada, especialmente para ciertos sectores de la población, campesinos y urbano marginales y el ejemplo de algunos países podría ser aprovechado en otros, siendo importante enfatizar el carácter educativo de la labor de los monitores.

Con vistas a enriquecer los contenidos de los programas de planificación familiar, un aspecto importante de la asesoría a los países de la región podría consistir en proporcionar a los mismos, elementos que por sí mismos conseguirían con más dificultad. Gracias a las bases de datos que maneja DOCPAL, es posible sistematizar las experiencias y programas que se han llevado o se llevan a cabo en la región, estableciendo una tipología de programas, que incluya una definición lo más completa posible de cada tipo, con su bibliografía respectiva. El país que reciba la asesoría podrá, de este modo, reforzar o crear sus propios programas aprovechando la experiencia de otros y eligiendo la alternativa que más le convenga a sus intereses y prioridades. Este tipo de esfuerzo debiera apoyarse en lo que IPPF o UNPA ya tengan elaborado, con vistas a no repetir esfuerzos.

En el futuro inmediato se deberá privilegiar algunos países cuya fecundidad es alta o media alta y donde el uso de anticonceptivos es de 40 % o, donde hay fundamentos para suponer que existe una demanda por hacer más efectivos los programas de planificación familiar. Pero dado que las altas tasas de fecundidad se

han mantenido en las últimas décadas también debe haber obstáculos importantes. Por ello, sería necesario averiguar más en profundidad cuáles son los planteamientos gubernamentales, estatales y privados en esta materia; determinar en qué medida la mantención de altas tasas de fecundidad es, al menos en parte, el reflejo de una voluntad política y cuál sería la estrategia más oportuna en cada país.